Rapport de la Commission sur certains programmes de soins de santé

juillet 1989

Nouveau-Brunswick

89-06197/

COMMISSION SUR CERTAINS PROGRAMMES DE SOINS DE SANTÉ

Membres et Experts

Commissaires

E. Neil McKelvey, o.c., c.r., *Coprésident*

Soeur Bernadette Lévesque, rhsj, *Coprésidente*

Victor McLaughlin, m.d., *Commissaire*

Gilles Lepage, *Commissaire*

Personnel

James Wolstenholme, *Directeur administratif*

Beth E. Corey, *Assistante à la recherche*

Ginette Kessels, *Secrétaire*

Experts

Mark Hundert, *Président, Medicus Canada*
John Horne, ph.d., *Professeur, Université du Manitoba*
Glen Beck, ph.d., *Professeur, Université de la Saskatchewan*
Jane Fulton, ph.d., *Professeur, Université d'Ottawa*
Ralph Sutherland, m.d., *Professeur, Université d'Ottawa*
J. Fraser Mustard, m.d., *Président, Institut canadien pour la recherche avancée*
Michael Gormley, *Économiste, Association médicale de la Colombie-Britannique*

Le 14 juillet 1989

L'honorable Frank McKenna
Premier ministre du Nouveau-Brunswick
Fredericton (Nouveau-Brunswick)

Monsieur le Premier ministre,

Conformément au mandat sur le processus d'étude énoncé dans l'arrêté en conseil de novembre 1988, nous avons l'honneur de vous présenter le Rapport de la Commission d'enquête sur certains programmes de soins de santé.

Nous souhaitons vous remercier de nous avoir donné l'occasion de participer à cet important projet.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Premier ministre, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

E. Neil McKelvey, o.c., c.r.
Coprésident

Soeur Bernadette Lévesque, rhsj
Coprésidente

Gilles Lepage
Commissaire

Victor McLaughlin, m.d.
Commissaire

Table des matières

Page

1-Introduction 1
Le mandat 1
Le plan de travail 2

2-Le réseau de soins de santé au Nouveau-Brunswick 7
Introduction 7
Les services hospitaliers 7
Les principaux postes de dépenses (1987-1988) 8
L'Assurance-maladie 9
Les programmes de médicaments sur ordonnance 10
Les réflexions sur le milieu 10

3-Les tendances et les facteurs contributifs en matière de coûts et d'utilisation 13
Introduction 13
Sommaire des dépenses consacrées à la santé au Nouveau-Brunswick entre 1975 et 1985 13
Les Services hospitaliers 14
L'Assurance-maladie 16
Le programme de médicaments 18
Les tendances et les variations régionales dans les schémas d'utilisation 19
La démographie - Conséquences pour l'avenir 23

4-La situation financière 25

5-Les limites des services de soins de santé 29

6-Les signes de la volonté d'adaptation au changement 31

7-Le rôle du médecin 33

8-La nécessité de passer de l'hospitalisation aux services disponibles dans la collectivité 37
La perspective historique 37
La situation actuelle 38

9-Les leçons apprises 41
Introduction 41
La santé de la population 41
L'utilisation des services 42
Le financement du réseau des services de santé 42
La structure et le fonctionnement du réseau 43
L'information et la prise de décision 42

10-La santé et la rentabilité du réseau des soins de santé: une nouvelle vision 45
Introduction 45
Un regard vers l'avenir 45
Les principes de conception 45
Les principes de fonctionnement 47
Notre vision 48

11-L'amélioration de la structure et de la gestion du réseau de soins de santé 49
Introduction 49
La réévaluation du réseau 49
La structure et la planification - Le Conseil du Premier ministre en matière de soins de santé et les Conseils régionaux de planification en matière de soins de santé 51
La diminution du nombre de lits pour soins aigus 54
L'évaluation des programmes 54
La budgétisation 55
Le fonds d'innovation 57

12-La recherche sur les services de soins de santé en vue de favoriser la prise de décisions 59
Introduction 59
L'optimisation des ressources 60
Les méthodes d'analyses et de recherche 61
Les structures et les ressources 62

13-La détermination du nombre idéal et de la répartition des médecins 65
Introduction 65
Le nombre idéal de médecins 65
La justification des limites 66
Les méthodes de limitation 66
Les recommandations 68

14-L'amélioration et le développement des services hors-établissement de soins de santé 69
Introduction 69
Les soins primaires à l'extérieur des cabinets des médecins 69
Les soins communautaires et prolongés 71

15-Les mesures visant à éliminer la surconsommation de médicaments et à en réduire les coûts 75
Introduction 75
L'amélioration de la qualité et limitation des quantités 75
La réduction des coûts 78

16-Mesures en vue d'éliminer l'utilisation excessive des installations hospitalières et des services des médecins 83
Introduction 83

La gestion de l'utilisation 84
Autres méthodes de traitement 85
Les mesures incitatives pour les médecins 86
Les activités d'information et d'analyse 87
L'élimination des lits d'hôpital excédentaires dans les régions ayant un faible taux d'occupation ou un fort pourcentage d'admissions 87
Le processus de vérification opérationnelle et de revue de la base budgétaire 89

17-L'amélioration de la structure et du fonctionnement des hôpitaux 91
Introduction 91
La répartition du travail 91
L'évaluation de la charge de travail et les modèles de dotation 92
Les services de pastorale 93
La technologie des communications 93
Le coût du matériel, des matériaux et des fournitures 94
Le partage des ressources 95
Les médecins et les gestionnaires 96
Les recettes des hôpitaux 97

18-Mesures de réduction des coûts de l'Assurance-maladie 99
Introduction 99
Les honoraires 99
L'utilisation 100

19-Les relations avec les autres gouvernements 103
Introduction 103
Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province 103
La collaboration régionale en matière de santé 104
Les échanges de données et d'idées entre les provinces 104
La participation et l'aide financière du gouvernement fédéral 104

20-La promotion de la santé et l'éducation sanitaire 107
Introduction 107
Les tendances sociales contemporaines 108
Les responsabilités 108
Le rôle du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé 111
Les principales cibles du programme de promotion de la santé et d'éducation sanitaire 111
Les études et la recherche 113
Les recommandations 114

Sommaire des recommandations 115

Annexe A - Mémoires et présentations verbales 129

Annexe B - Bibliographie sélective 133

CHAPITRE 1

Introduction

Le mandat

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a créé la Commission au début du mois de décembre 1988 et lui a confié le mandat suivant :

1. Examiner les mandats de services et les modèles de gestion de composantes précises du système actuel de soins de santé (hôpitaux, assurance-maladie et plan de médicaments sur ordonnance), de même que les rapports entre les différentes composantes, dans la mesure où ils ont une incidence sur le coût de celles-ci.

2. Examiner l'utilisation des services hospitaliers, de l'assurance-maladie et du plan de médicaments sur ordonnancede même que le taux de croissance de ces programmes, et trouver des solutions de rechange pour permettre un meilleur contrôle des coûts.

3. Examiner les coûts reliés à chacune des composantes précises et les méthodes actuelles de financement et trouver des solutions de rechange susceptibles de permettre une meilleure répartition et une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles.

4. Évaluer le niveau de financement relié à ces programmes et établir des comparaisons avec d'autres provinces.

5. Présenter un rapport sur les conclusions et formuler des recommandations compatibles avec l'intérêt public et le bien-être général de la province du Nouveau-Brunswick sur la façon d'améliorer la structure, l'organisation et la distribution des services de soins de santé, de telle sorte que les différentes composantes du système soient en mesure de fonctionner de la façon la plus efficace et la plus économique possible.

6. Soumettre un rapport complet au gouvernement du Nouveau-Brunswick dans un délai de six mois.

Le plan de travail

Introduction

Compte tenu de l'ampleur de la tâche à accomplir et des limites de temps et de budget qui nous étaient imposées, nous avons décidé d'articuler notre travail autour de deux principes directeurs. Tout d'abord, notre mandat officiel pouvait se résumer, à toutes fins pratiques, à trois démarches prépondérantes :

1. examiner les coûts et le financement des hôpitaux, de l'Assurance-maladie et du Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick;

2. trouver des solutions de rechange susceptibles de permettre une meilleure utilisation des ressources disponibles et

3. formuler des recommandations sur la façon d'améliorer l'efficacité et la rentabilité des programmes sans en compromettre la qualité.

En second lieu, nous avons convenu d'adopter un plan de travail efficace afin d'être en mesure de formuler des recommandations réalistes, malgré les restrictions de temps et de financement qui nous étaient imposées. Ce plan de travail a fait l'objet de notre première réunion.

Ces limites temporelles et financières nous ont aussi forcés à conclure, dès les premières étapes de notre travail, que nous ne serions pas en mesure d'étudier toutes les questions relatives à notre mandat et que, dans plusieurs autres domaines, nous devrions aussi nous contenter de recommander des méthodes ou d'autres activités visant à examiner les possibilités d'amélioration de la rentabilité. Par ailleurs, notre étude ainsi que le présent rapport doivent être perçus, à notre avis, comme la première étape de la réévaluation permanente des services et des politiques de soins de santé au Nouveau-Brunswick.

La démarche que nous avons suivie comportait quatre volets principaux.

Participation des parties intéressées

Afin de remplir notre mandat, nous avons incité les particuliers et les organismes à nous faire part de leurs opinions conformément à notre mandat. Cette invitation a été lancée de trois façons.

Nous avons invité individuellement les organismes de premier plan à nous soumettre des mémoires, nous leur avons donné la possibilité d'assister aux exposés des rechercheistes de l'extérieur et nous avons tenu des discussions avec leurs représentants. Ces organismes étaient les suivants : l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, la Société médicale du Nouveau-Brunswick, l'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Inc. et l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Au moyen d'annonces publiées dans les quotidiens et les hebdomadaires de la province entre la fin décembre 1988 et le début janvier 1989, nous avons avisé la popula-

tion et les autres organismes que nous étions disposés à recevoir des mémoires. Nous avons ensuite communiqué avec les personnes et les groupes qui nous ont présenté un mémoire et nous leur avons offert la possibilité de nous rencontrer. La liste des personnes et des groupes qui ont soumis des mémoires ainsi que l'énumération des gens qui nous ont rencontrés se trouvent à l'annexe A.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a participé directement à de nombreuses étapes de notre démarche. Tout d'abord, des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services communautaires et du ministère des Finances nous ont présenté les programmes faisant l'objet de notre étude ainsi qu'un aperçu de la situation financière de la province. Nous avons, une fois de plus, rencontré des hauts fonctionnaires vers la fin de notre étude en vue d'évaluer le réalisme des recommandations que nous nous proposions de faire.

Recherches effectuées à l'extérieur à la demande de la Commission

Nous avons fait appel à des analystes et à des penseurs canadiens éminents dans le domaine des soins de santé afin d'étudier cinq questions importantes qui nous intéressaient au plus haut point.

(1) Analyse du comportement des usagers

On a effectué une analyse visant à quantifier et à évaluer les modifications des tendances au fil des ans quant au recours aux services des médecins et des hôpitaux; cette étude comprenait des comparaisons entre les régions de la province et selon l'âge et le sexe des malades. La direction en a été confiée à Michael Gormley, économiste de la santé, qui travaillait alors pour le ministère de la Santé de la Saskatchewan et qui fait maintenant partie du personnel de la British Columbia Medical Association. Le ministère de la Santé et des Services communautaires a contribué à la collecte des données de base pour cette analyse.

(2) Déterminants de la santé et les limites du réseau de soins de santé

Nous avons abordé cette question au cours d'une rencontre avec le Dr Fraser Mustard, président de l'Institut canadien des recherches avancées, un expert candaien reconnu des méthodes alternatives en santé publique.

(3) Facteurs contribuant à la croissance des coûts et de l'utilisation des soins de santé

John Horne, Ph. D., professeur au département de santé communautaire de l'Université du Manitoba, a participé activement à l'élaboration des données sur cette question avec l'aide du professeur Glen Beck, Ph. D., de l'Université de la Saskatchewan. Cette étude avait pour but premier d'obtenir une meilleure conpréhension du phénomène de la croissance de l'utilisation des soins de santé et les dépenses qui y sont consacrées.

(4) Méthodes de stabilisation ou de réduction de l'utilisation et des coûts

La professeure Jane Fulton, Ph. D., et le docteur Ralph Sutherland, M. D., de la faculté d'administration de l'Université d'Ottawa, ont examiné cette question dans

une optique de grand réseau. Mark Hundert, président de Medicus Canada, s'est penché sur la composante de la gestion interne des hôpitaux.

(5) Solutions de rechange en matière de structure et de financement en vue d'une meilleure rentabilité

Les professeurs Fulton et Sutherland ont aussi étudié ces questions.

Recensement des écrits

On a examiné près d'une centaine de documents pertinents parmi lesquels se trouvaient des travaux universitaires publiés et inédits, des articles de journaux et de revues spécialisées, des rapports annuels et d'autres rapports gouvernementaux, des exposés, des livres ainsi que les comptes-rendus de comités d'étude, groupes de travail et commissions qui se sont déjà penché sur la question au Canada. La bibliographie se trouve à l'annexe B.

Echanges avec des organismes semblables dans d'autres provinces

Nous avons pu bénéficier directement, dans trois cas, de l'expérience d'organismes semblables au nôtre qui avaient terminé leurs travaux ou qui poursuivaient leur démarche au moment de nos rencontres. Tout d'abord, la Commission royale d'enquête sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse nous a invités, à la mi-mars, à assister à l'exposé de recherches réalisées pour son compte sur les questions suivantes : comparaison interprovinciale des dépenses consacrées à la santé, indicateurs de l'état de santé et tendances démographiques en Nouvelle-Écosse (comportant des comparaisons avec les autres provinces de l'Atlantique, la Saskatchewan et le Canada) et le fédéralisme fiscal du point de vue de la Nouvelle-Écosse.

Nous sommes entrés en contact une seconde fois avec les représentants de la Commission royale d'enquête sur les soins de santé en Nouvelle-Écosse lorsque nous les avons invités à assister à des exposés portant sur les recherches décrites à la section Recherches effectuées à l'extérieur à la demande de la Commission.

Notre troisième échange, le plus important, a eu lieu au cours de la rencontre de deux jours des conseils et commissions de la santé actuels et passés, laquelle avait été organisée par la Premier's Commission on Future Health Care of Albertans.

Rapport du Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick, - janvier 1978

Un comité d'étude provincial doté d'un mandat semblable au nôtre a été mis sur pied en février 1977 et a présenté son rapport en janvier 1978.

Nous avons examiné l'état de la mise en oeuvre des recommandations formulées par ce groupe de travail et nous avons été favorablement impressionnés par l'ensemble du suivi. Toutefois, on n'a pas pris les mesures nécessaires dans certains domaines importants comme la restructuration du réseau des établissements et des services, l'élaboration des capacités de planification et d'évaluation des systèmes d'informa-

tion et la planification des ressources humaines. Le présent rapport contient des recommandations relatives à ces questions.

Les dernières étapes

Toutes les activités de collecte des données se sont terminées tôt en mai, exception faite de l'une d'entre elles. Des retards dans la disponibilité des données du ministère de la Santé et des Services communautaires nous ont forcés à retarder jusqu'au début juin l'analyse du comportement des usagers qui fait partie des recherches commandées à des spécialistes de l'extérieur.

La Commission a consacré le reste de son temps à élaborer des conclusions tirées de ces données, à formuler ses recommandations et à étayer les résultats présentés dans ce rapport.

CHAPITRE 2

Le Réseau de soins de Santé du Nouveau-Brunswick

Introduction

Dans le présent chapitre, nous décrirons les principaux programmes de soins de santé visés par notre mandat, soit les Services hospitaliers, l'ssurance-maladie et le Plan de médicaments sur ordonnance. Ces programmes, que nous étudierons individuellement, accaparent plus de 75 pour cent du budget de fonctionnement total du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Les services hospitaliers

Mesures législatives

La Loi sur les hôpitaux publics et son règlement d'application déterminent le nombre des hôpitaux, les services qu'ils dispensent, les critères d'admission ainsi que leurs normes administratives et financières.

La Loi et sur les services hospitaliers et son règlement d'application déterminent les méthodes et mécanismes selon lesquels des paiements sont versés aux hôpitaux en contrepartie des services offerts aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick.

Ampleur du réseau - , 1988-1989

Hôpitaux	35
régionaux	7
de district	13
communautaires	11
spécialisés - en psychiatrie	2
- en réadaptation	1
- extra-mural	1
Nombre de lits approuvés	4848
Soins généraux	4 128
Soins psychiatriques	720

Personnel (équivalence en nombre de postes à temps plein)	12 015	
Soins des patients	6 844	(57 %)
Services de soutien aux patients	3 810	(32 %)
Administration générale	1 361	(11 %)

Principaux postes de dépenses (1987-1988)

Fournitures medicales & chirurgigues (4.7 %)

Fournitures (17.7 %)

Medicaments (3.3 %)

Salaires & avantages sociaux (74.2 %)

Hôpitaux généraux
Répartition des ressources (1987-1988)

Capacité d'accueil hôpitaux	Nombre	lits	jours-patients	personnel	dépenses
200 lits et plus	8%	64%	72%	72%	75%
de 50 à 199 lits	12%	28%	21%	22%	19%
de 1 à 49 lits	12%	8%	7%	6%	6%

Lignes directrices concernant la répartition des lits dans les hôpitaux généraux (par 1 000 habitants)

Soins aigus	4,1	
Soins prolongés	0,9	
Réadaptation	0,25	Hôpitaux régionaux
Soins psychiatriques	0,25	seulement
Total	5,5	

Activités du réseau (approximativement) en 1987-1988

Congés - Total	120 000
- Par 1 000 habitants	169
Malades-jours - Total	1 300 000
- Par 1 000 habitants	1 800
Durée moyenne du séjour (en journées)	11
Taux d'occupation	82 %
Malades externes/consultations à l'urgence	
- Total	948 000
- Par 1 000 habitants 1 300	

Malades hospitalisés - actes chirurgicaux		
	- Total	47 400
	- Par 1 000 habitants	67
Chirurgie de jour - Total		26 300
	- Par 1 000 habitants	37
Coûts moyens - par lit		de 125 à 353 $
	- par lit/année de	35 000 à 105 000 $

Assurance-maladie

Mesures législative

La Loi sur le paiement des services médicaux et son règlement d'application
La Loi sur les services hospitaliers et son règlement d'application

Objectifs

(1) Faire en sorte que les soins médicaux et certains services de santé nécessaires soient financièrement accessibles aux résidents admissibles du Nouveau-Brunswick.

(2) Favoriser la disponibilité, l'accessibilité et l'efficacité de ces services dans toute la province et de façon équitable.

(3) Soutenir les programmes du ministériels en fournissant des renseignements provenant de la base de données de l'Assurance-maladie.

L'Assurance-maladie comporte les programmes suivants :

(1) Paiement des services

- Paiements à l'acte
- Paiements à la vacation
- Salaires des médecins
- Services optométriques (personnes de moins de 19 ans)
- Chirurgie dentaire
- Paiements aux médecins de l'extérieur de la province

(2) Financement du recrutement des médecins

- Bourses
- Programme de formation des médecins résidents
  - Médecins enseignants
  - Résidents
- Allocations aux anesthésistes
- Programmes incitatifs
  - Développement des services dans le Nord
  - Développement des services dans le Sud

(3) Inscription des résidents admissibles

- Inscription des résidents admissibles
- Demandes de renseignements

(4) Base de données de l'Assurance-maladie

- Diffusion des données sur l'Assurance-maladie

Programme de médicaments sur ordonnance

Objectifs

Faire en sorte que les médicaments approuvés disponibles sur ordonnance et en vente libre soient financièrement accessibles à des groupes-cibles précis au Nouveau-Brunswick.

Personnes admissibles au Plan de médicaments sur ordonnance

- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Résidents des foyers de soins
- Personnes souffrant de fibrose kystique
- Personnes ayant besoin de cyclosporine (greffes d'organes)
- Personnes ayant besoin d'hormone de croissance
- Personnes atteintes du SIDA recevant de l'AZT

Mesures législatives

La Loi sur la gratuité des médicaments sur ordonnance et son règlement d'application
La Loi sur la pharmacie et son règlement d'application

Personnes admissibles à l'assistance médicale

- Bénéficiaires de l'aide au revenu et leurs personnes à charge
- Bénéficiaires du bien-être à l'enfance
- Gestion du programme - Croix bleue

Mesures législatives

La Loi sur les services d'assistance médicale et son règlement d'application

Réflexions sur le milieu

1. Étant donné que le secteur public finance les hôpitaux et le coût des services médicaux (une situation à laquelle contribuent les mesures législatives fédérales) les malades/consommateurs et les dispensateurs n'ont «pas directement» conscience du coût des services.

2. Le réseau est décentralisé et il comporte des structures de gestion autonomes (des conseils d'administration distincts pour chacun des établissements) mais son financement demeure centralisé.

3. La direction de la plupart des activités ayant trait aux soins des malades hospitalisés est confiée aux médecins.

4. On consacre beaucoup de temps, d'énergie et de ressources aux discussions et aux «négociations» avec les entités autonomes et entre celles-ci.

5. Étant donné la nature du réseau, la compétitivité et la pression font en sorte que, dans l'ensemble, l'optimisation des services a préséance sur la gestion efficace des ressources à l'échelon local.

6. Il existe souvent une approche compétitive et agressive avec d'autres établissements (et le gouvernement provincial), plutôt qu'une attitude de collaboration en vue d'atteindre des objectifs communs.

7. Il n'existe pas de ligne directrice ou de protocole provinciaux en ce qui a trait à l'utilisation des services (productivité clinique), notamment en matière d'admission, de congés, de durée des séjours, etc. Ces décisions sont prises à la pièce par les médecins qui ne bénéficient d'aucun cadre d'analyse qui leur permettrait d'effectuer des comparaisons.

8. Dans certains cas, on note un dédoublement des services; la rationalisation des services ne s'effectue habituellement qu'à grand peine et elle nécessite beaucoup de temps. Le dédoublement des services a, entre autres, pour effet de restreindre les ressources consacrées à l'amélioration des services.

9. Les services de niveau tertiaire ont tendance à dépendre l'un de l'autre et à nécessiter une «masse critique» en termes de volume, de compétence, de matériel, etc. On ne peut les considérer comme des tâches autonomes ni les répartir de façon anarchique.

10. Le ministère de la Santé et des Services communautaires est forcé parfois de s'occuper d'aspects précis de la gestion des finances et des services des hôpitaux en vue de limiter les dépenses ou de modifier les services dispensés.

11. Le Plan directeur des services hospitaliers, qui a été rendu public en 1987, constitue pour le Ministère (le gouvernement) et les hôpitaux un outil précieux de développement et de rationalisation des services. On prévoit le mettre à jour périodiquement de sorte qu'il demeure pertinent et utile. On attend toujours la publication d'un document complémentaire intitulé «Guide des niveaux de dotation en personnel médical spécialisé».

12. Les normes de services des hôpitaux ont aussi fait l'objet de beaucoup d'attention au cours des dernières années, tant dans la province qu'au niveau fédéral; on a élaboré un vaste éventail de normes qualitatives (pas toutes axées précisément sur une utilisation efficace des ressources) quant à la dotation en personnel, aux lignes directrices et aux protocoles.

13. Qu'elles soient membres d'un conseil d'administration ou oeuvrant en milieu hospitalier, les personnes bénévoles jouent un rôle important dans le fonctionnement du réseau.

14. L'attention des composantes du réseau et de la population semble être avant tout attirée par les apports au réseau (le financement, les services, les personnes, les immeubles, les lits, etc.) aux dépens des des résultats et on accorde moins d'importance à les comparer aux objectifs visé. Cette situation s'explique de plusieurs façons, notamment par la nature du réseau, par le fait que les apports sont plus tangibles et que les systèmes d'information axés sur les résultats ne sont pas bien développés.

15. On met de plus en plus l'accent sur les solutions de rechange à l'hospitalisation des malades. Parmi celles-ci, notons la chirurgie de jour, les services ambulatoires (malades externes, services communautaires) et les soins au foyer (Hôpital extra-mural, soins à domicile, etc.).

CHAPITRE 3

Les tendances et les facteurs contributifs en matiere de coûts et d'utilisation

Introduction

Les renseignements que contient le présent chapitre sont en grande partie tirés d'analyses qu'ont réalisées John Horne[1] et Michael Gormley[2] à partir de données fournies par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

Ces auteurs ont préparé des rapports techniques détaillés que peuvent se procurer les lecteurs intéressés en s'adressant au Ministère. Nous n'énumérons, dans les pages qui suivent, que les conclusions principales de leurs études.

Sommaire des dépenses consacrées à la santé au Nouveau-Brunswick entre 1975 et 1985.

Les dépenses publiques et privées par habitant en matière de soins de santé ont augmenté de 235 pour cent, passant de 413 à 1 383 $, ce qui représente la plus forte hausse enregistrée par une province canadienne; cependant, celle-ci a à peine permis au Nouveau-Brunswick de passer du dernier rang parmi les provinces à la huitième position, devançant Terre-Neuve et l'Ile-du-Prince-Édouard.

La plus grande part de cette augmentation des dépenses de santé par habitant est attribuable à la hausse des prix. Des estimations basées sur la situation nationale montrent que les prix se sont accrus de 104 pour cent au cours de cette décennie, ce qui représente une hausse de 64 pour cent en dollars indexes («réels»).

Si on le compare avec le reste du Canada, le secteur institutionnel du Nouveau-Brunswick accapare un pourcentage relativement élevé des fonds consacrés au réseau de la santé (58 pour cent contre 52 pour cent). Au cours de la décennie allant de 1975 à 1985, le secteur institutionnel a «perdu des points» à l'échelle nationale (passant de 54 à 52 pour cent) mais il a conservé ses acquis au Nouveau-Brunswick (restant à environ 57 pour cent).

Comme c'est le cas dans d'autres provinces, les établissements de soins prolongés (foyers de soins, etc.) accaparent une portion de plus en plus importante des dépenses consacrées aux soins de santé en général et en établissement. Au cours de cette décennie, la part des hôpitaux, en termes des sommes destinées aux soins de santé, a chuté de 5,4 pour cent, tandis que celle des autres établissements s'est accrue de 6,1 pour cent.

La quote-part des médecins est restée stable, à 12,6 pour cent des dépenses totales consacrées à la santé au cours de cette décennie.

Les sommes destinées à l'achat de médicaments sur ordonnance ont crû considérablement pendant cette même période, leur part augmentant de 4,8 à 8 pour cent. Dans l'ensemble du Canada, ce rythme de croissance était plus lent et les sommes consacrées à l'achat de médicaments sur ordonnance ont augmenté d'une proportion de 4,7 à 5,5 de la part des dépenses totales de santé. Les dépenses publiques et privées par habitant en matière de services en établissements au Nouveau-Brunswick étaient inférieures de 3 pour cent à la moyenne nationale. Dans le cas des hôpitaux, ce chiffre était de 4 pour cent sous la moyenne et, dans celui des autres établissements, il excédait de 1 pour cent la moyenne nationale. En ce qui concerne l'ensemble des dépenses consacrées aux soins de santé, le classement des provinces de l'Atlantique se présente comme suit : la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve et l'Ile-du-Prince-Édouard. Le Nouveau-Brunswick vient au premier rang de ces provinces en ce qui a trait aux dépenses destinées aux «autres établissements» (installations de soins prolongés), mais il arrive en dernière place en matière de soins dentaires et de médicaments en vente libre.

Dans l'ensemble, le Nouveau-Brunswick et les autres provinces de l'Atlantique consacrent moins d'argent par habitant que la moyenne nationale à la plupart des catégories de dépenses. Parmi les exceptions, notons que les provinces suivantes consacrent des dépenses supérieures à la moyenne à certains aspects de leurs programmes de santé; la Nouvelle-Écosse à son réseau d'hôpitaux, le Nouveau-Brunswick à ses autres établissements, l'Ile-du-Prince-Édouard à la santé publique, la Nouvelle-Écosse et l'Ile-du-Prince-Édouard aux médicaments en vente libre et les quatre provinces aux médicaments sur ordonnance.

Au Nouveau-Brunswick, comme dans l'ensemble du pays, le financement du réseau de soins de santé est assumé approximativement aux trois quarts par le Trésor public et au quart par le secteur privé. En d'autres termes, les divers paliers de gouvernement sont responsables de 75 pour cent des dépenses consacrées à la santé et le secteur privé fournit le reste.

Selon des statistiques fédérales, les dépenses consacrées par le gouvernement du Nouveau-Brunswick aux services hospitaliers et médicaux sont passées de 609 à 871 $ par habitant au cours de la période de six ans s'échelonnant de 1982-1983 à 1988-1989. Cette croissance de 43,3 pour cent était plus lente que la moyennenationale de 48,9 pour cent et elle n'a pas suffi à empêcher la province de passer du septième au huitième rang parmi les provinces à ce chapitre.

Les Services hospitaliers

Au cours de la période allant de 1981-1982 à 1986-1987, les dépenses totales des hôpitaux généraux du Nouveau-Brunswick sont passées de 287,6 millions à 445,3 millions de dollars, soit une hausse de 54,8 pour cent (croissance annuelle moyenne de 9,1 pour cent).

L'analyse des dépenses, des coûts et de la fréquentation des 32 hôpitaux généraux publics (à l'exclusion d'un hôpital de réadaptation, de deux hôpitaux psychiatriques

et de l'Hôpital extra-mural) révèle ce qui suit :

(a) hausse de 53,1 pour cent des dépenses, qui sont passées de 260,1 millions à 398,4 millions de dollars (croissance annuelle moyenne de 8,9 pour cent);

(b) augmentation de la fréquentation, mesurée en malades-jours, de seulement 1,9 pour cent, soit 0,4 pour cent par année (augmentation concentrée dans les sept hôpitaux régionaux);

(c) augmentation de 50,2 pour cent des coûts unitaires en dollars par malade-jour, ce qui représente une hausse annuelle moyenne de 8,5 pour cent (nettement le facteur le plus déterminant dans la croissance des dépenses).

L'analyse plus approfondie des coûts unitaires montre que tous les principaux postes budgétaires ont subi des augmentations, y compris les salaires et les traitements (47,8 pour cent, soit 8,1 pour cent en moyenne par année), les fournitures médicales et chirurgicales (73,7 pour cent, soit 11,7 pour cent en moyenne par année), les médicaments et les remèdes (84,5 pour cent, soit 13 pour cent en moyenne par année) et les autres fournitures et services (49,2 pour cent, soit 8,3 pour cent en moyenne par année).

L'analyse détaillée de l'augmentation des salaires et des traitements par malade-jour montre que celle-ci est principalement attribuable à la hausse du salaire horaire moyen (42,3 pour cent, soit 7,3 pour cent en moyenne par année) et non à l'augmentation du nombre d'heures payées par malade-jour (à peine 3,9 pour cent, soit 0,8 pour cent en moyenne par année). Le salaire horaire moyen a augmenté plus rapidement pour les travailleurs des services non infirmiers (services spéciaux, d'éducation et généraux) que pour ceux des services infirmiers. Les hôpitaux régionaux ont enregistré la plus faible hausse en ce qui concerne les heures payées par malade-jour (augmentation de 1,4 pour cent en cinq ans, contre 8,6 pour cent pour les hôpitaux de district et 10,1 pour cent pour les hôpitaux communautaires).

À plus grande échelle, le Nouveau-Brunswick dépassait, en 1986-1987, la moyenne nationale de lits d'hôpitaux publics par mille habitants et le taux d'utilisation de ses hôpitaux était lui aussi supérieur à la moyenne de l'ensemble du pays (mesurée en nombre de congés et de malades-jours par 1 000 habitants).

Les 32 hôpitaux généraux publics du Nouveau-Brunswick enregistraient en 1986-1987 des coûts journaliers qui dépassaient la moyenne nationale de 6 pour cent. Cette situation est entièrement attribuable aux coûts excédentaires assumés par sept établissements dotés de services de soins prolongés dont les coûts journaliers dépassaient de 13 pour cent ceux relevés dans un groupe d'hôpitaux de grandeur comparable et non voués à l'enseignement au Canada (les 25 autres hôpitaux présentaient des coûts journaliers inférieurs de 10 pour cent au groupe comparatif à l'échelon national). Tous les principaux postes de dépenses de ces sept hôpitaux étaient plus élevés que la moyenne nationale; les plus remarquables parmi les postes autres que les salaires étaient les médicaments et les remèdes, les fournitures médicales et chirurgicales et les autres fournitures et services. Les raisons pour lesquelles le profil des coûts de ces établissements diffère de celui des autres hôpitaux canadiens non voués à l'enseignement ne sont pas claires.

Bien que le «facteur fréquentation» importe moins que «le facteur prix» quand on cherche à expliquer la hausse des dépenses des hôpitaux néo-brunswickois entre 1981-1982 et 1986-1987, on dégage les conclusions suivantes de l'analyse des données relatives à la population et décrivant les cas d'hospitalisation des résidents dans des établissements de la province et de l'extérieur :

- une augmentation globale de 8,7 pour cent du nombre de malades-jours qui ne peut s'expliquer entièrement par la croissance de 1,9 pour cent du nombre d'habitants;

  une augmentation de 6,8 pour cent de la fréquentation par habitant (nombre de malades-jours par 1 000 habitants) qui peut s'expliquer en grande partie par le vieillissement de la population au cours de cette période de cinq ans;

- une faible hausse de 1,6 pour cent du nombre de malades-jours rajusté selon l'âge et le sexe, ce qui représente une augmentation relativement modeste du taux d'utilisation par habitant (ne s'explique pas par le vieillissement de la population);

- l'augmentation moyenne de 1,6 pour cent du taux d'utilisation camoufle un amalgame très hétérogène de hausses et de baisses mais presque toutes les hausses sont attribuables aux groupes les plus âgés, et

- la plus grande part des hausses du taux d'utilisation rajusté en fonction de l'âge et du sexe est attribuable à l'augmentation du nombre de cas d'hospitalisation pour des troubles mentaux ou des maladies du système nerveux.

En résumé, la croissance de la population n'explique que partiellement l'augmentation de la fréquentation en termes de malades-jours. Le vieillissement de la population peut justifier certaines hausses du taux d'utilisation mesuré en malades-jours et en congés par 1 000 habitants mais il ne les explique pas toutes. L'augmentation de l'utilisation (le facteur d'utilisation) constitue un élément additionnel, quoique relativement peu important, des tendances observées au cours de cette période.

L'assurance-maladie

En filigrane de la croissance des dépenses consacrées aux programmes, il importe de signaler que le nombre de médecins par rapport à la population du Nouveau-Brunswick est le moins élevé parmi toutes les provinces. Par conséquent, la province a le plus fort rapport population/médecin. En 1987, celui-ci s'établissait à 830 habitants par médecin, tandis que la moyenne nationale se chiffrait à 542 habitants par médecin. (Ces statistiques tiennent compte de tous les médecins civils actifs; elles surestiment donc sans aucun doute le nombre réel de médecins qui pratiquent à temps plein.)

Les chiffres du Ministère sur «l'équivalence des médecins à temps plein» (EMTP) busés sur la facturation à l'acte, donnent une meilleure indication de la tendance en ce qui concerne le nombre de médecins au cours de la période à l'étude, soit de 1982-1983 à 1987-1988. Compte tenu de tous les domaines de spécialisation, l'EMTP a crû de 16,2 pour cent pendant cette période de cinq ans.

Les dépenses consacrées aux programmes médicaux, y compris la rémunération à l'acte et les autres versements aux médecins, sont passées de 94,9 millions à 144,3 millions de dollars au cours de la période de cinq ans allant de 1982-1983 à 1987-1988, soit une augmentation de 52,! pour cent.

L'analyse détaillée pour ces cinq années, du poste des dépenses totales réservé à la rémunération à l'acte révèle les faits suivants :

- la rémunération des actes médicaux est passée de 73,5 millions à 108,4 millions de dollars, soit une hausse globale de 47,5 pour cent (8,1 pour cent en moyenne par année);

- un «facteur coûts» basé sur les augmentations moyennes de 16,2 pour cent des honoraires (3 pour cent en moyenne par année);

- un «facteur fréquentation» sous-jacent de 27 pour cent basé sur les dépenses rajustées selon les honoraires;

- un «facteur population» négligeable basé sur une diminution sans conséquence de la population couverte (0,1 pour cent);

- une augmentation considérable de la «fréquentation par habitant» de 27,1 pour cent (4,9 pour cent en moyenne par année) basée sur les dépenses par habitant rajustées selon les honoraires;

- le vieillissement de la population n'a pas une incidence prépondérante sur l'augmentation de la «fréquentation par habitant» (le vieillissement en soi a entraîné une augmentation de 1,8 pour cent de l'utilisation des services par habitant au cours de cette période de cinq ans, soit une hausse annuelle moyenne de 0,4 pour cent), et

- l'augmentation globale de l'utilisation («facteur utilisation») est la cause la plus importante de la hausse de la «fréquentation par habitant», à la lumière d'une augmentation de 24,8 pour cent (4,5 pour cent en moyenne par année) de l'utilisation par habitant rajustée selon le sexe et l'âge.

L'analyse approfondie de l'augmentation de 24,8 pour cent du taux d'utilisation par personne au cours de cette période de cinq ans permet d'énoncer les conclusions suivantes :

- la cause prépondérante de cette augmentation est la hausse du nombre de services par malade et une faible proportion de celle-ci est attribuable au nombre accru de malades parmi la population couverte;

- l'augmentation de l'utilisation par personne touche tous les groupes d'âges mais elle est plus évidente chez les personnes âgées de 75 ans et plus;

- l'augmentation estimative s'écarte beaucoup de ce chiffre lorsque l'on subdivise les paiements et les services entre les diverses spécialités (les évaluations vont de 15,6et 19,5 pour cent dans les cas respectifs de la médecine générale et

des spécialités chirurgicales; on doit toutefois se méfier du fait que certaines de ces augmentations pourraient être partiellement attribuables à des «facteurs honoraires» spécifiques à certaines spécialités et dont on n'a pas tenu compte dans le rajustement global de 16,2 pour cent des honoraires mentionné ci-dessus), et

- l'augmentation estimative s'écarte beaucoup de ce chiffre lorsqu'on subdivise les paiements et les services par genres de service: par exemple, les paiements par habitant rajustés selon l'âge, le sexe et les honoraires ont augmenté d'environ 19,2 pour cent dans le cas de visites au cabinet du médecin, de 82,4 pour cent dans celui des visites dans les foyers de soins, de 41,5 pour cent pour les consultations majeures, de 66,7 pour cent dans le cas de la psychothérapie, et de 41,6 pour cent en ce qui concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques majeurs; on doit toutefois tenir compte de la mise en garde énoncée ci-dessus concernant les hausses d'honoraires qui n'ont pas été relevées.

L'incidence budgétaire de la croissance de l'utilisation de Assurance-maladie au cours de la période de cinq ans à l'étude est évaluée à 21,5 millions de dollars. Compte tenu des dépenses de santé par habitant en 1987-1988, une telle somme suffirait à combler les besoins de services d'une ville de 149 000 habitants.

Si l'on étudie la situation de la Saskatchewan au cours de la période de huit ans allant de 1977-1978 à 1985-1986, on relève un amalgame différent des facteurs fréquentation, prix et utilisation. Ainsi, il est surprenant de constater que l'utilisation par habitant rajustée selon l'âge et le sexe a augmenté annuellement de 2,1 pour cent, contre 4,5 pour cent au Nouveau-Brunswick (on doit encore une fois se méfier de ces données puisque l'étude réalisée en Saskatchewan comportait des rajustements beaucoup plus rigoureux des variations des honoraires qu'il n'a été possible de faire avec les données du Nouveau-Brunswick).

Le programme de médicaments (y compris le Plan de médicaments sur ordonnance et le Programme d'assistance médicale).

Les dépenses consacrées au Plan de médicaments sur ordonnance ont augmenté en moyenne chaque année de 11,4 pour cent au cours de la période de quatre ans allant de 1984-1985 à 1988-1989. L'analyse permet de dégager les conclusions suivantes :

- cette croissance des dépenses comprend une augmentation annuelle de 5,3 pour cent du nombre des demandes de remboursement et une hausse de 5,8 pour cent du coût de chaque demande;

- l'augmentation du nombre des demandes est principalement attribuable à l'accroissement de la population admissible (4,9 pour cent par année) et, subsidiairement, à la hausse du nombre de demandes par personne admissible (0,4 pour cent par année) et

- l'augmentation modeste du nombre de demandes par personne est le fait de la combinaison des diminutions annuelles du nombre de bénéficiaires actifs par personne admissible (-1,4 pour cent) et des hausses annuelles du nombre de demandes par bénéficiaire actif (1,9 pour cent).

En comparaison, les dépenses consacrées au Programme d'assistance médicale ont augmenté à un rythme annuel plus rapide qui se chiffre à 15,4 pour cent au cours de cette période de quatre ans. L'analyse révèle les données suivantes :

- le nombre de demandes a augmenté de 6,5 pour cent par année;
- le coût par demande a augmenté de 8,4 pour cent par année;
- l'augmentation du nombre des demandes est attribuable à l'accroissement de la population admissible (2 pour cent par année) et, contrairement au Plan de médicaments sur ordonnance, à la hausse du nombre de demandes par personne admissible (4,3 pour cent), et
- l'augmentation annuelle du nombre de demandes par personne est le fait de la combinaison de la hausse du nombre de bénéficiaires actifs par personne (1,7 pour cent par année) et du nombre de demandes par bénéficiaire actif (2,5 pour cent).

Malheureusement, les données disponibles ne permettent pas d'évaluer de façon précise l'augmentation des prix des médicaments au cours de la période allant de 1984-1985 à 1988-1989.

En guise d'illustration de l'incidence des nouvelles thérapies pharmaceutiques sur le coût du programme, on peut souligner le fait que 33 des 200 médicaments les plus coûteux au cours des six premiers mois de 1988 n'ont été ajoutés à la liste des produits couverts par le programme qu'en janvier 1985 ou plus tard. Leur coût se chiffrait à 2,6 millions de dollars, ce qui représentait 16 pour cent des coûts des 200 matières pharmaceutiques les plus chères.

Afin d'illustrer l'instabilité de la liste de 200 produits les plus chers et un autre des effets de l'arrivée de nouveaux médicaments sur les dépenses consacrées au programme, il est bon de noter que 57 des 200 médicaments les plus chers au cours des six premiers mois de 1988 ne faisaient pas partie de cette liste pendant la période équivalente en 1985. Les coûts de ces 57 produits se chiffraient à 3,54 millions de dollars, soit 22 pour cent du coût de l'ensemble des substances de la liste.

Les tendances et les variations régionales dans les schémas d'utilisation

Introduction

En vue de permettre l'analyse des variations de l'utilisation des services entre les diverses zones géographiques, on a divisé chacune des sept régions de la santé en deux secteurs, l'un urbain et l'autre rural. Le secteur urbain équivaut aux subdivisionsde recensement comprenant le centre le plus important de chacune des régions, soit Moncton, Saint-John, Fredericton, Edmundston, Campbellton, Bathurst et Chatham-Newcastle. Les autres subdivisions de recensement dans chacune des régions étaient désignées comme étant des secteurs ruraux.

Les données disponibles ne permettaient pas l'analyse des différences régionales en ce qui concerne le Plan de médicaments sur ordonnance; on présente toutefois les

résultats de ces travaux en ce qui a trait aux Programmes de services hospitaliers et de l'Assurance-maladie.

Aux fins du présent rapport, les régions 4, 5 et 6 sont considérées comme étant le nord et les régions 1, 2, 3 et 7 font partie du Sud. La plupart des données énumérées sont rajustées selon l'âge et le sexe, compte tenu de la population de la province en 1986.

Les variations régionales dans l'Assurance-maladie - 1986-1987

Le total des dépenses par personne consacrées à l'Assurance-maladie était supérieur de 5,8 pour cent en milieu urbain par rapport au milieu rural, et il était plus élevé de 10,7 pour cent dans le Sud que dans le Nord.

L'utilisation des services de spécialistes homologués au Canada était plus élevée de 40,8 pour cent dans les zones urbaines parrapport aux milieux ruraux, et de 43,7 pour cent dans le Sud comparativement au Nord. Cette situation s'explique par un plus grand nombre de consultations, d'actes chirurgicaux et d'anesthésies. Exception faite des visites aux salles d'urgence, les services fournis par des omni praticiens aux habitants des régions rurales équivalaient à seulement 90,9 pour cent de ceux qui avaient été offerts aux résidents urbains. Dans le Nord, le recours aux services d'omnipraticiens dépasse de 16,2 pour cent celui que l'on en fait dans le Sud. Cette situation s'explique en grande partie du fait que les omnipraticiens y effectuent davantage d'actes de chirurgie majeure et d'anesthésies.

Les différences entre le Nord et le Sud quant à l'utilisation des services de psychothérapie et de counselling sont particulièrement frappantes. On en fait une utilisation beaucoup plus intensive dans le Sud mais on ne remarque pas de variation importante entre les deux régions en ce qui concerne les services des omnipraticiens. En fait, on fait une utilisation quatre fois plus grande de psychothérapie par des médecins spécialistes dans le Sud que dans le Nord.

Les résidents de Moncton, de Saint John et de Fredericton utilisaient passablement plus les services de toutes les grandes catégories que les autres habitants de la province, comme le montre le tableau suivant :

Pourcentage de la population qui a bénéficié d'un service en 1986-1987

	Grandes villes	Reste de la province
Visites en cabinet	74,1	66,2
Examens spéciaux en cabinet	22,7	21,7
Consultations majeures	26,5	22,0
Psychothérapie	3,9	1,8

Counselling	5,7	4,9
Actes diagnostiques majeurs	6,0	5,5
Actes thérapeutiques majeurs	2,3	2,0
Chirurgies majeure	6,0	5,6

Les variations régionales dans l'accroissement de l'utilisation entre 1981-1982 et 1986-1987

Services médicaux

On a déployé des efforts considérables (mesures incitatives de recrutement de médecins, amélioration des programmes des hôpitaux régionaux et ententes de formation des médecins avec des universités du Québec) en vue de réduire l'écart en matière de disponibilité des services entre le Nord et le Sud. Mais on doit encore se poser la question à savoir si le Nord a ratrapé son retard. On ne peut établir avec précision la variation de l'utilisation par personne, rajustée selon l'âge et le sexe, parce qu'on ne disposait pas des données relatives aux fluctuations des prix (le barème des honoraires). Néanmoins, on peut tirer certaines conclusions concernant les variations relatives dans l'utilisation; autrement dit, il est possible de savoir si ces variations étaient plus grandes dans une région que dans l'autre.

Malheureusement, il semble que l'écart en question, loin de s'amenusie, continue à s'élargir. Les résidents du Nord ont toujours davantage fait appel aux services des omnipraticiens mais les habitants du Sud les rattrapent à ce chapitre. Par ailleurs, l'écart entre le Nord et le Sud en ce qui concerne le recours aux spécialistes n'a cessé d'augmenter. Pour l'ensemble des médecins, même si le taux d'utilisation était pratiquement égal en 1981-1982 (selon les dépenses globales par personne), il existe à l'heure actuelle un écart considérable entre le Nord et le Sud (10,7 pour cent).

En ce qui concerne les services des omnipraticiens, la différence la plus frappante repose dans les changements des habitudes d'utilisation des résidents en milieu urbain du Nord. La hausse des coûts par personne était de loin inférieure à celle des autres régions de la province (17,1 pour cent contre 30,3 à 36,1 pour cent ailleurs). La plus forte croissance à ce chapitre a été enregistrée dans les zones urbaines du Sud.

Dans le cas des services des spécialistes, l'augmentation de l'utilisation dans le Sud était supérieure à celle qu'on a enregistrée dans le Nord (46,2 pour cent contre 29,8 pour cent).

Les variations d'écarts dans les services entre les régions de la province se résument comme suit :

	Nord/Sud	Rurales/urbaines
Services d'omni-praticiens	L'écart se rétrécit; l'utilisation des résidents du Sud tend à rejoindre celle des habitants du Nord à cause de hausses dans les zones urbaines du Sud et de variations relativement petites dans les zones urbaines du Nord.	Très peu de variations. L'utilisation en ruraux et urbains a varié à peu près dans les mêmes proportions.
Services de spécialistes	L'écart s'accentue; le Nord perd du terrain par rapport au Sud	Peu de variations, mais l'écart s'élargir; l'utilisation en milieu urbain augmente un peu plus rapidement que dans les zones rurales.
Tous les services	En 1981-1982, très peu de différences car la plus grande utilisation des spécialistes dans le Sud compensait le plus grand recours aux omnipraticiens dans le Nord. En 1986-1987, un écart s'est creusé à cause des variations relativement plus importantes dans l'utilisation des services des spécialistes et des omnipraticiens par les résidents du Sud.	Peu de variations, mais l'écart s'est quelque peu accentué.

Les services hospitaliers

On a relevé des différences importantes en ce qui a trait à l'hopitalisation dans les diverses régions de la province en 1986-1987. Les plus significatives de celles-ci sont les suivantes :

- des taux d'hospitalisation relativement élevés dans l'ensemble des régions 5 et 7 et dans la zone rurale de la région 6;

- des taux d'hospitalisation plus élevés chez les résidents des zones rurales que chez ceux des villes dans toutes les régions, sauf la région 5 où l'inverse se produit;

- la moyenne de jours par admission était la plus élevée dans le cas des résidents des zones urbaines des régions 1, 2, 3 et 4, et

- la moyenne de jours par admission était plus élevée chez les résidents des zones urbaines que chez ceux des milieux ruraux dans toutes les régions.

En 1986-1987, on a noté les variations suivantes dans l'utilisation des hôpitaux par rapport à 1981-1982 :

- les hausses les plus importantes des taux d'admission se sont produites dans les zones urbaines des régions 2, 5 et 6; la zone rurale de la région 5 a enregistré l'augmentation la moins élevée;

- la moyenne de jours par admission s'est accrue le plus dans la zone rurale de la région 2 et dans la zone urbaine de la région 3, et

- la moyenne de jours par admission a le plus décru dans la zone rurale de la région 1, dans les zones urbaines des régions 2 et 5 et dans l'ensemble de la région 7.

On semble avoir un recours excessif à l'hospitalisation, compte tenu du nombre de malades-jours par habitant, dans la zone urbaine de la région 2 et dans toute la région 5. Le taux le plus élevé (zone urbaine de la région 5) dépassait dans une proportion de 89 pour cent le taux le plus bas (zone rurale de la région 1). Cette situation est en grande partie attribuable aux cas d'hospitalisation qui se terminent par le décès du patient. Dans le cas de la zone urbaine de la région 2, cette situation s'explique par des durées excessives de séjour par admission. Dans le cas de la région 5, le taux d'admission des résidents de la zone urbaine est deux fois plus élevé que la moyenne provinciale et la durée moyenne des séjours est relativement longue. En outre, on note un taux d'admission relativement élevé concernant les résidents de la zone rurale de la région 4.

La démographie - Conséquences pour l'avenir

La population du Nouveau-Brunswick croît à un rythme inférieur à celui de l'ensemble du pays. Cette tendance devrait se maintenir au cours de la prochaine décennie, de sorte qu'en l'an 2001, la population de la province se chiffrera à 736 000 habitants, soit à peine 3,6 pour cent de plus que les statistiques du recensement de 1986. Par conséquent, la croissance de la population, qui se chiffre à 0,2 pour cent par année, ne sera pas notable.

Toutefois, il se produira un glissement considérable de l'âge de la population, comme l'illustre le tableau suivant :

Groupe d'âge	1986	%	2001	%
0-14	161 700	22,8	133 000	18,1
15-24	124 500	17,5	99 000	13,5
25-64	345 200	48,6	407 000	55,3
65 et plus	78 900	11,1	97 000	13,2

Ce tableau montre une augmentation du nombre des personnes âgées de 65 ans et plus; cependant, celle-ci se produira graduellement au rythme d'environ 1,4 pour cent par année.

On a établi une relation entre le vieillissement et l'utilisation plus intensive des services de santé; par conséquent, tant et aussi longtemps que l'on continuera de dépendre largement des services en établissement, le nombre croissant de personnes âgées augmentera la nécessité pour le réseau de fonctionner avec efficacité.

Si les taux d'admissions par groupe d'âge et la durée globale moyenne des séjours restaient stables, le vieillissement de la population à lui seul toucherait l'utilisation des hôpitaux dans une proportion équivalente à 340 lits. Cette prévision se déduit du tableau ci-dessous :

Groupe d'âge	Taux actuel	Prévisions démographiques	Total prévu	Admissions actuelles	Variation admissions
0-14	117,5	133 000	15 628	19 021	- 3 393
15-64	145,4	506 000	73 572	68 264	+ 5 308
65 et +	442,0	97 000	42 874	34 833	+ 8 041
Totaux		736 000	132 074	122 118	+ 9 956

Équivalence en lits en 2001 = 9 956 admissions X 10,6 jours/ admission / 0,85 lits occupés / 365 jours = 340 lits

En ce qui concerne l'Assurance-maladie, l'analyse décrite dans les sections précédentes du présent chapitre montre que les principales variations démographiques n'auront à elles seules pas une grande incidence sur l'utilisation et les coûts des services médicaux à l'avenir.

John Horne, Factors Contributing to Cost and Utilization Growth in Health Care. University of Manitoba, Winnipeg, 1989.

Michael Gormley, Preliminary Estimates of Utilization of physician and Hospital Services - 1981 82 and 1986/87, Vancouver, 1989.

CHAPITRE 4

La Situation financière

Dans le présent chapitre, nous brossons un tableau de la situation financière de la province et nous établissons une relation entre les dépenses consacrées aux soins de santé et les mesures fiscales provinciales. Au cours des huit dernières années, soit depuis 1981-1982, le Nouveau-Brunswick a enregistré un déficit au compte ordinaire. A la fin de l'exercise financier 1988-1989, la dette nette de la province se chiffrait à plus de 3 milliards de dollars. Cette somme équivaut à environ 30 pour cent du produit intérieur brut. Les intérêts sur la dette publique s'élèvent à plus de 430 millions de dollars chaque année et ils accaparent 13,3 pour cent des recettes au compte ordinaire. Les fonds alloués au ministère de la Santé et des Services communautaires représentent, au seul chapitre des services de santé, près de 25 pour cent de l'ensemble des dépenses au compte ordinaire. Par surcroît, une grande part des intérêts sur la dette publique est attribuable aux dépenses d'immobilisation engagées dans le passé pour la construction d'hôpitaux.

Le gouvernement provincial ne touche qu'environ 60 pour cent de ses recettes à l'intérieur de la province, le reste provenant de diverses subventions du fédéral. Pour l'exercise financier 1988-1989, les sept principales sourcers fiscales ont produit les recettes suivantes, selon une estimation effectuée à la fin du troisième trimestre :

Taxe de vente	575 000 000 $
Impôt sur le revenu des particuliers	539 600 000
Impôt foncier provincial	153 000 000
Taxe sur l'essence et les carburants	110 800 000
Impôt sur le revenu des sociétés	107 400 000
Taxe sur l'alcool (nette)	76 241 900
Taxe sur le tabac	62 000 000

En ce qui concerne de nombreux champs d'imposition, les taux du Nouveau-Brunswick sont parmi les plus élevés au Canada. Par conséquent, il serait très difficile d'accroître le financement des programmes en augmentant les taxes et les impôts. Par exemple, on devrait hausser la taxe de vente de 11 à 13 pour cent afin d'obtenir les recettes nécessaires à une augmentation de 10 pour cent du budget du ministère de la Santé et des Services communautaires.

Dans les domaines où il demeure possible d'augmenter les taxes et les impôts au Nouveau-Brunswick, une telle mesure pourrait bien rester infructueuse si l'alourdissement du fardeau fiscal nuisait aux efforts de développement économique.

On doit aussi tenir compte de la vulnérabilité de la province à la réduction des subventions fédérales. Selon les dernières indications, on s'attend à ce que les programmes de subventions d'Ottawa soient réduits et non augmentés. Près de 40 pour cent des recettes globales de la province proviennent du gouvernement du Canada, le Nouveau-Brunswick doit en tenir compte dans son propre travail de planification.

Les dirigeants de la province doivent se pencher sur l'ampleur de la dette publique; en effet, le Nouveau-Brunswick ne dispose pas d'une grande marge de manoeuvre en ce qui concerne l'augmentation de ses recettes fiscales, il est exposé à subir des coupures dans les programmes fédéraux de subventions, il doit faire face à une hausse des taux d'intérêt et son économie est vulnérable.

L'incidence de la situation financière de la province sur les dépenses consacrées aux services de santé est énorme. De toute évidence, il est peu probable que les résidents de la province soient en mesure ou aient la volonté d'augmenter leur contribution en payant des taxes et des impôts plus élevés. La solution ne repose pas dans l'augmentation de la dette publique puisque cette mesure équivaudrait à léguer le problème à nos enfants.

Peu importe l'importance des ressources disponibles, le gouvernement est soumis à de fortes pressions le poussant à offrir des niveaux de services et de salaires à peu près équivalents à ceux que peuvent se permettre, pour une bonne part, les régions plus favorisées.

La santé de la population sera-t-elle compromise si la province ne peut se permettre d'augmenter les dépenses consacrées aux services de santé à un rythme supérieur au taux de croissance actuel de l'économie provinciale ou des recettes gouvernementales provenant des sources existantes? Dans le chapitre suivant, qui traite des facteurs ayant un effet déterminant sur la santé de la population, nous mentionnons qu'on peut maintenir ou même améliorer l'état de santé général dans un contexte de restrictions financières si l'on a la volonté d'étudier et d'adopter de nouvelles approches.

Nous ne nous sommes pas penchés sur la possibilité d'augmenter les recettes en vue de soutenir la hausse des dépenses; nous avons plutôt tenté de définir des méthodes permettant de tirer un meilleur parti du réseau des services de santé, compte tenu du financement actuel.

On nous a indiqué d'autres possibilités de financement qui respectent le cadre de la Loi canadienne sur la santé ainsi que le principe du financement public du réseau. Outre les mesures prévues de financement de la part du gouvernement fédéral, décrites au chapitre 19, nous avons pris note des suggestions suivantes :

- En ce qui concerne le recouvrement des frais d'hospitalisation et d'assurance-maladie imputables à la négligence de tiers lors d'un accident d'automobile, l'Ontario a conclu une entente avec les assureurs en vertu de laquelle ces derniers dédommagent la province en versant chaque année au Trésor provincial une

somme forfaitaire calculée selon une formule proportionnelle tenant compte des blessures corporelles et du total des primes perçues auprès des assurés ontariens. En contrepartie, la province renonce à exercer son droit de subrogation. Si une telle entente avait été en vigueur en 1987 au Nouveau-Brunswick, l'on estime que la province aurait reçu un montant supplémentaire d'environ 1,1 million de dollars au nom de tiers coupables de négligence dans des accidents d'automobile. Nous savons que des négociations ont été engagées en vue de la signature d'une entente semblable au Nouveau-Brunswick et nous estimons que ces efforts doivent être menés à terme.

- La mise en oeuvre d'une campagne intensive visant à augmenter les recettes des hôpitaux, notamment au chapitre des franchises et de la location de locaux aux médecins et pharmaciens, permettrait peut-être de recueillir d'autres fonds.

- Il semble que la province ne recouvre pas tous ses frais lorsque des médecins sont trouvés coupables de négligence parce que certains assureurs refusent de dédommager leurs clients de ces frais. Si tel est le cas, la province devrait intensifier ses efforts en vue d'obtenir le recouvrement total de ses débours.

- À la suite du dépôt de son dernier budget, le gouvernement de l'Ontario a remplacé les primes du RAMO (qui couvraient environ 18 pour cent des dépenses consacrées aux services de santé en 1985-1986) par une taxe variant de 0,98 à 1,95 pour cent prélevée auprès des employeurs et basée sur les salaires bruts.

- La perception de frais additionnels, clairement destinés au financement des services de santé, sur la vente de billets de loterie et de billets pour les compétitions sportives professionnelles, sur les recettes des parties de bingo, etc.

- L'élaboration d'une formule équitable en vertu de laquelle les particuliers qui peuvent se le permettre assumeraient une plus grande part de la responsabilité pour les soins qu'ils reçoivent. Les possibilités sont limitées à ce chapitre par les dispositions de la Loi canadienne sur la santé.

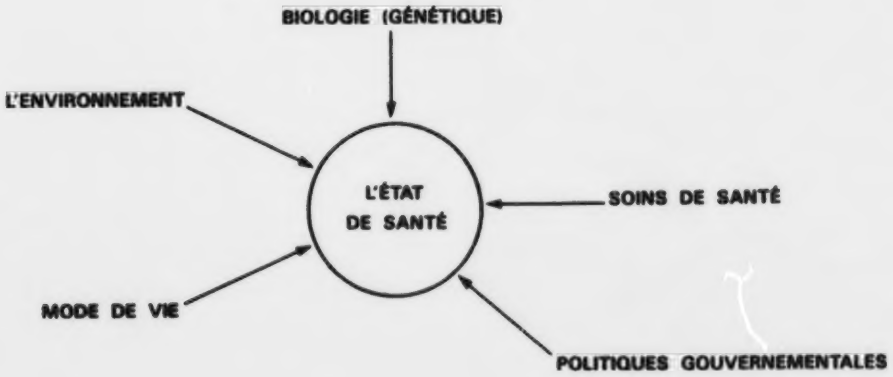
CHAPITRE 5

Les limites des services de soins de santé

Dans toute étude globale des services de santé, il importe de vérifier si le réseau atteint les objectifs pour lesquels il a été créé. On conviendra que la motivation fondamentale des dépenses consacrées aux services de santé consiste à améliorer la santé de la population. Toutefois, on s'aperçoit de plus en plus que l'importance accordée actuellement au modèle médical de diagnostic et de traitement ne produira pas l'état de santé collectif souhaité. Un autre objectif qui rallie beaucoup d'adhérents consiste à donner le maximum d'indépendance aux personnes impotentes; cependant, l'approche actuelle met un accent exagéré sur la prestation de soins en établissement.

Dans les faits, treize variables ont un effet sur la santé des individus et, par conséquent, sur celle de la population en général; les politiques gouvernementales ont une influence sur plusieurs de ces facteurs. Les soins de santé ne sont que l'un d'entre eux; les autres sont l'hérédité, les accidents, les catastrophes environnementales, les facteurs attribuables au milieu, le revenu, le logement, l'éducation, la famille, le mode de vie, la société, les services publics de santé et l'état de santé des proches. On trouvera ci-dessous une représentation graphique de certains de ces facteurs.

FACTEURS DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ



NOUS NE TRAITERONS QUE DES SOINS DE SANTÉ ET DES POLITIQUES GOUVERNEMENTALES QUI Y SONT PERTINENTES.

Dans le contexte de la répartition des dépenses publiques, on doit toujours tenir compte de ces facteurs. En effet, si les dépenses consacrées au réseau de soins de santé deviennent disproportionnées, la capacité financière d'intervenir sur les autres déterminants de la santé s'en ressentira. Par conséquent, on pourrait assister à un déclin de l'état de santé général au fur et à mesure que s'estompe la possibilité de financer adéquatement d'autres programmes gouvernementaux de promotion de la santé.

Dans le cas du Nouveau-Brunswick, il pourrait être nécessaire de faire un choix entre des exigences en apparence légitimes concernant l'affectation de ressources supplémentaires à des secteurs concurrentiels relevant des politiques gouvernementales, notamment les soins de santé, la création d'emplois, l'éducation, le logement, etc.; cependant, on pourrait aussi courir le risque de sous-financer chacun des programmes dans ces secteurs. Du point de vue de la santé de la population, toutefois, on devrait axer les choix sur les attentes quant à l'état de santé général.

A cet égard, nous avons été impressionnés par les remarques de J. Fraser Mustard et nous invitons le lecteur à consulter le document dont la référence se trouve l'annexe B et qui est intitulé «The Health of Populations and the Program in Population Health», publié par l'Institut canadien des recherches avancées.

Ce rapport s'inscrit dans une liste de plus en plus imposante de documents qui visent à éclairer ceux et celles qui formulent les recommandations et prennent les décisions en ce qui concerne les futurs projets sur la santé. Nous apprécions la logique de cette approche ouverte en matière de santé.

CHAPITRE 6

Les signes de la volonté d'adaptation au changement

Les quatre principaux groupes dispensateurs de programmes que nous avons étudiés ont la possibilité de contribuer à l'évolution des modèles de prestation des soins de santé ou de l'entraver. Nous nous sommes réjouis de leur volonté de prendre part à toutes les activités qui leur étaient ouvertes dans le cadre de notre étude. Selon ce qu'ils nous ont communiqué, tous conviennent de la nécessité de tirer le maximum des ressources actuellement consacrées aux services de santé au Nouveau-Brunswick.

La volonté de coopération exprimée par les autres groupes et par les particuliers qui nous ont soumis des mémoires était aussi encourageante. Il est essentiel que tous les intervenants du domaine de la santé fassent profession de collaboration. Les quatre principaux groupes doivent faire preuve de leadership mais ils ne peuvent seuls réussir à mettre en oeuvre les améliorations nécessaires.

Nous en concluons donc que les principaux groupes d'intervenants ont exprimé la volonté de participer activement aux travaux de rentabilisation des services de santé.

Nous croyons que cet esprit de collaboration doit aussi toucher la participation du gouvernement à la planification et aux négociations collectives avec ces groupes. Toutefois, la réussite de tels projets est tributaire de la disponibilité de renseignements objectifs issus d'analyses exhaustives des services de santé, de projets de marketing social et, d'abord et avant tout, de changements structuraux qui feront appel à la participation des dispensateurs aux activités de planification coopérative et de gestion.

CHAPITRE 7

Le rôle du médecin

On ne peut comprendre les programmes de soins de santé au Canada sans connaître à fond le rôle prépondérant que joue le médecin. Tous les malades admis à un hôpital le sont sous l'ordre d'un médecin. Tous les médicaments prescrits à des humains le sont par un médecin ou par un dentiste; la grande majorité d'entre eux sont prescrits par un médecin. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des services couverts par l'Assurance-maladie au Nouveau-Brunswick sont dispensés par des médecins. Le fonctionnement de l'ensemble du réseau est tributaire des décisions des médecins.

De tout temps, les médecins ont été les personnes qui soignaient les malades dans notre société. Dans la plupart des pays occidentaux, le médecin finançait sa formation, il fonctionnait comme un homme d'affaires indépendant et il était «payé à l'acte» pour les services qu'il rendait aux malades. Il demandait parfois des honoraires exorbitants aux riches et il fournissait de temps à autre des services gratuits à ceux qui ne pouvaient pas payer, suivant en cela le principe de «Robin-des-bois» qui trouve sa source dans la common law. Il s'agissait des balbutiements du principe de l'accessibilité universelle. Malheureusement, toutes les personnes qui avaient besoin des soins d'un médecin ne pouvaient se les permettre pour une raison ou pour une autre. Certaines personnes se privaient de soins médicaux parce qu'elles savaient qu'elles n'avaient rien pour payer.

Au cours de l'entre-deux guerres, on a assisté à l'émergence d'un mouvement prônant l'accessibilité universelle des services médicaux. Les programmes proposés étaient axés sur le paiement à l'avance des actes médicaux de sorte que tous les participants aient le droit de recevoir les soins dont ils avaient besoin. Certains de ces programmes ont été mis sur pied par des industries, des syndicats, des compagnies d'assurance à but non lucratif ou des médecins. Parallèlement, on a assisté à la naissance d'un mouvement favorisant le paiement à l'avance des frais d'hospitalisation. Celui-ci a atteint son apogée au cours des années 1950 et 1960 lorsque les gouvernements ont financé des programmes d'assurance universelle couvrant les honoraires des médecins et les frais d'hospitalisation.

On a assisté à un certain nombre de changements graduels depuis l'entrée en vigueur des programmes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation au Canada. Les médecins sont payés selon un barême d'honoraires qui fait l'objet de négociations

annuelles avec le gouvernement. Au tout début, les revenus des médecins égalaient et parfois même excédaient ceux qu'ils touchaient avant la mise sur pied de l'Assurance-maladie. De plus, les médecins n'ont pas eu à négocier aux beaucoup d'acharnement. La hausse des honoraires des médecins n'était pas proportionnelle à l'inflation, mais ceux-ci maintenaient leur niveau de revenus en augmentant leur charge de travail.

Pour y arriver, les médecins n'éprouvaient aucune difficulté étant donné qu'ils recevaient des malades de plus en plus habitués au fait qu'ils n'avaient pas à payer pour leurs services; les malades consultaient donc les médecins plus fréquemment et pour des malaises moins graves.

Les malades devenaient aussi de plus en plus connaissants et exigeants en matière de problèmes de santé; ils commençaient à demander de prendre part aux décisions concernant le diagnostic et le traitement de leurs maladies. Ils prenaient conscience des progrès rapides de la médecine et de l'explosion technologique dans tous les domaines, que ce soit en matière de diagnostic, de chirurgie, de pharmacologie ou de réadaptation. Ils demandaient que l'on emploie les techniques les plus récentes et les meilleures, lesquelles se révélaient généralement (mais pas toujours) appropriées.

Parallèlement, on a assisté à l'éclosion d'une société de plus en plus portée vers les litiges. On accuse plus fréquemment les médecins de négligence et on les poursuit devant les tribunaux en quête de dommages et intérêts. Ces poursuites donnent le plus souvent lieu à des accusations basées sur des fautes d'omission plutôt que sur des erreurs de fait. La plupart des médecins n'ordonnent pas que l'on procède à des études de diagnostic ou à un traitement dans le seul but de se protéger contre des poursuites, mais beaucoup d'entre eux éprouvent une inquiétude subconsciente et se demandent s'ils ont oublié de faire quelque chose qui aurait dû être fait.

Tous ces facteurs imposent une pression commune sur le réseau de soins de santé. Ils provoquent tous une augmentation de l'utilisation des services de soins de santé comme nous le soulignons dans le chapitre 3 du présent rapport. Le médecin se trouve au coeur de ces problèmes et il est soumis à de nombreuses pressions dans l'accomplissement de ses tâches traditionnelles pour lesquelles il a consacré entre 8 et 15 ans de préparation. Sa journée comporte une série de décisions qu'il prend dans ce qu'il estime être l'intérêt de la santé de ses malades. Ce sont ces décisions qui assurent le fonctionnement du réseau et qui, en dernière analyse, motivent l'affectation des deniers publics.

Le fait que le nombre de médecins au Canada et dans la plupart des pays occidentaux croisse plus rapidement que l'ensemble de la population rend la situation encore plus complexe. Lors de la mise en oeuvre des programmes d'assurance-maladie, le nombre de médecins par habitants variait de 1:800 en Colombie-Britannique et à 1:1900 à Terre-Neuve. A la fin de 1987, on comptait un médecin par 830 habitants au Nouveau-Brunswick et un par 542 habitants à l'échelle nationale.

Les planificateurs des soints de santé qui considèrent l'ensemble du réseau estiment que les décisions des médecins assurent la cohésion du réseau. Ils voient le médecin comme une sentinelle; la pertinence de ses décisions assure l'efficacité et la rentabilité de tout le réseau. Ils jugent que le médecin doit, en vertu de sa responsabilité envers la société, freiner les coûts des services de santé.

De son côté, le médecin se perçoit comme le défenseur du malade. Il est conscient des responsabilités qui vont de pair avec ses décisions mais il se sent d'abord et avant tout responsable de ses malades. Il tient compte du mandat qu'on lui confie en lui fournissant des installations financées à même les deniers publics afin de soigner ses malades, mais cette responsabilité passe au second plan à ses yeux. Par conséquent, il a tendance à faire une utilisation excessive des services mis à sa disposition afin de répondre aux attentes de ses malades. Cette situation impose un lourd fardeau financier au réseau.

D'un point de vue collectif, les associations professionnelles de médecins du Nouveau-Brunswick et des autres provinces conviennent que leurs membres doivent contribuer à restreindre les coûts des services de santé et offrir leur collaboration aux gouvernements en vue d'y parvenir. Comme nous le verrons dans les chapitres suivants, il s'agit là du facteur critique.

CHAPITRE 8

La nécessité de passer de l'hospitalisation aux services disponibles dans la collectivité

La perspective historique

Le programme national d'assurance-hospitalisation étant en vigueur depuis plus de trois décennies, il est intéressant d'examiner la vision de ses concepteurs et de ses promoteurs. De nos jours, les responsables de la conception de réseaux sont à peu près du même avis que leurs prédécesseurs; mais il reste à savoir si l'on est plus disposé à tenir compte de leur opinion.

Il existe cependant un changement notoire : alors qu'à l'époque les asociations médicales et hospitalières comptaient parmi les architectes de la première heure, elles semblent maintenant moins susceptibles d'adhérer aux concepts préconisés au tout début du programme national d'asurance-maladie.

Au cours des débats qui se sont déroulés à la fin des années 1940 et au début des années 1950, l'Association médicale canadienne et l'Association des hôpitaux du Canada se sont prononcées en faveur de diverses mesures dans le cadre d'une proposition de réseau de services. Avec le temps, on peut affirmer que ces organismes avaient bien mesuré les conséquences du rejet de ces mesures, en particulier en ce qui concerne la dépendance à outrance à l'égard du réseau des hôpitaux de soins aigus. Dans une déclaration faite en 1955, l'AMC avançait ce qui suit :

> (Notre traduction)
>
> «En vue d'assurer la prestation de services efficaces et rentables :
>
> «Les hôpitaux, les ministères de la Santé et tous les autres organismes de santé doivent coordonner leurs activités de façon à dispenser leurs services plus efficacement et économiquement.
>
> «On devrait déterminer l'emplacement, les services et l'importance des hôpitaux selon un plan régional.
>
> «Pour assurer la qualité du réseau d'établissements et de services, on doit prévoir une juste proportion d'installations de diagnostic, d'hôpitaux généraux de soins aigus, de centres de réadaptation, d'établissements de soins pour malades chroniques (y compris des hôpitaux spécialisés en

santé mentale et en traitement de la tuberculose) ainsi que des programmes de soins à domicile.

«Les organismes professionnels et autres, de même que les services gouvernementaux de soins de santé devraient prendre part à des activités de planification collectives, provinciales et fédérales en matière de santé».

En 1953, l'AHC a souligné un certain nombre de points importants dans un mémoire qu'elle a présenté au ministre de la Santé :

(Notre traduction)

«Les services spécialisés que dispense à l'heure actuelle un hôpital moderne de soins actifs sont nécessairement coûteux; par conséquent, ces hôpitaux devraient être réservés aux personnes gravement malades qui peuvent bénéficier de tels services.

«Malheureusement, l'importance que l'on accorde aux hôpitaux généraux fait presque sombrer dans l'indifférence la nécessité de prévoir d'autres genres de services de soins comme les hôpitaux pour convalescents, les foyers pour personnes âgées ou les services infirmiers à domicile. En conséquence, on exige que les hôpitaux généraux offrent des soins qui pourraient être donnés à bien meilleur marché dans des établissements beaucoup moins coûteux.»

Taylor[1] a conclu, avec raison, que la décision politique d'introduire les soins hospitaliers comme premier avantage assuré rendait le programme inutilement coûteux.

Les décideurs d'aujourd'hui doivent avoir le courage de réorienter le réseau de façon à tenir compte des solutions économiques qui s'offrent à eux. Parmi celles-ci, notons l'intensification du recours aux soins disponibles dans la collectivité de préférence à l'hospitalisation.

La situation actuelle

De nombreux facteurs démontrent que beaucoup de malades traités dans les hôpitaux et les foyers de soins pourraient et préféreraient, dans plusieurs cas, recevoir les services requis à domicile. Les soins en établissement ne sont pas nécessairement de meilleure qualité (en réalité, des malades sont même susceptibles de contracter une autre maladie au contact des autres patients), et ces soins sont souvent plus coûteux.

Deux statistiques illustrent l'ampleur du problème; les résidents du Nouveau-Brunswick utilisent en moyenne 1,8 lit/jour pour des soins aigus chaque année comparativement à 1,2 (50 pour cent de plus) pour l'ensemble des Canadiens et à 0,8 aux États-Unis (plus du double). Les statistiques concernant notre état de santé ne nous permettent pas de croire que nous sommes plus malades que les autres Canadiens ou que les Américains. En outre, nous confinons davantage nos personnes âgées dans des établissements au Canada que partout dans le monde. Près de dix pour cent des Canadiens âgés de plus de 65 ans sont dans des services hospitaliers de soins prolongés ou dans des foyers de soins, contre environ six pour cent aux États-Unis et en Australie, et cinq pour cent en Grande-Bretagne.

Des études sur l'incidence du vieillissement sur les soins de santé illustrent bien la nécessité de privilégier les soins disponibles dans la collectivité. Le vieillissement en soi provoque une variation d'à peine un pour cent des coûts des soins de santé. Une étude[2] démontre que les facteurs suivants ont beaucoup plus d'effets sur l'éventualité du placement des personnes âgées en établissement :

- le fait que la personne vive seule ou avec un conjoint;
- le fait que la personne habite un logement pour personnes âgées;
- l'admission récente à un hôpital;
- le degré de handicap dans les activités de base de la vie quotidienne;
- les attitudes personnelles vis-à-vis de sa santé;
- la difficulté de se rappeler les noms des parents ou des amis;
- la stabilité ou l'instabilité mentale.

Le placement en établissement résulte du fait que l'on n'a pas tenu compte de ces facteurs au niveau des services communautaires.

Le Nouveau-Brunswick prend des initiatives dans le domaine des services communautaires en vue de solutionner ce problème par l'introduction du programme de l'Hôpital extra-mural et de projets pilotes concernant «le système à point d'accès unique» aux soins aux personnes âgées dans la péninsule acadienne et à Fredericton. Toutefois, ces programmes ne produiront des économies que si l'on comprime le secteur des établissements proportionnellement au besoin décroissant d'admettre des malades ou de les garder pour des séjours inutilement prolongés.

[1] M.G. Taylor. «Health Insurance and Canadian Public Policy, The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System». McGill-Queen's University Press, Montreal, 1979, pp189-192.

[2] Evelyn Shapiro and Robert Tate. «Who is Really at Risk of Institutionalization? The Gerontologist» Vol.28, No.2, 1988, pp.237-245.

CHAPITRE 9

Les leçons apprises

Introduction

Le présent chapitre contient un résumé des questions et des préoccupations les plus importantes qui font l'objet de la suite du rapport. Parmi les sujets touchant la rentabilité des services de santé, nous avons étudié ce qui suit :

- Que doit-on faire pour que la population soit en bonne santé?
- Est-il nécessaire, en termes de résultats, de continuer d'accroître le nombre de services fournis aux résidents de la province?
- Peut-on déceler des indices de mauvaise utilisation des services?
- Devrait-on consacrer plus d'argent au réseau des soins de santé?
- Effectue-t-on actuellement l'affectation des fonds de façon à obtenir une rentabilité maximale?
- Doit-on apporter des changements radicaux de sorte à maintenir des soins de qualité tout en freinant les coûts?
- Existe-t-il de meilleures méthodes d'information et de meilleures modalités de prise de décisions?

La santé de la population

La justification première des dépenses en matière de soins de santé consiste à améliorer la santé de la population; toutefois, on ne réussira pas à atteindre cet idéal en continuant d'accorder toute l'importance que l'on donne actuellement aux services de diagnostic et de traitement. On doit donner plus d'attention à des programmes touchant les accidents, l'environnement, le revenu, le logement, l'éducation et les modes de vie si l'on souhaite améliorer l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick.

L'utilisation des services

Une foule de facteurs contribuent à l'intensification du recours au réseau de soins de santé et aux coûts inutilement élevés de celui-ci; notons les suivants :

- L'absence de limite dans le Programme d'assurance-maladie et le Plan de médicaments sur ordonnance, ce qui oblige la province à assumer les coûts de tous les services utilisés.
- Le nombre des médecins facturant l'Assurance-maladie augmente à un rythme plus rapide que la population et les nouveaux médecins peuvent, à leur guise, participer au régime et offrir leurs services.
- La population s'attend à un accès illimité aux services de santé et aux techniques médicales les plus récentes même si leur utilisation n'est pas toujours appropriée.
- Les médecins ont tendance à dispenser trop de services afin de combler les attentes de leurs malades.
- Étant donné que l'utilisation de la plupart des services ne comporte aucune facturation directe, la population s'adresse de plus en plus fréquemment au réseau pour des maladies moins graves.
- Les médecins sont mal à l'aise face au nombre croissant des poursuites judiciaires pour négligence; en conséquence, il se peut qu'ils exagèrent dans leur diagnostic et leur traitement des maladies.
- L'augmentation par personne de l'utilisation de l'Assurance-maladie dans tous les groupes d'âges, ce qui représente une hausse de 21,5 millons de dollars des coûts annuels entre 1982 et 1987.
- La province n'a pas émis de lignes directrices ou de protocole en matière d'admission, de durée du séjour et de congé; par conséquent, ces décisions sont habituellement prises par le médecin seul.
- Les résidents de la province font un usage relativement intensif de l'hospitalisation, soit 50 pour cent de plus que la moyenne nationale.
- Le Nouveau-Brunswick dépasse la moyenne nationale en ce qui concerne le nombre de lits par 1 000 habitants.

Le financement du réseau des services de santé

Le gouvernement consacre près de 25 pour cent de son budget de fonctionnement aux dépenses en matière de services de santé. Par ailleurs, les taxes et les impôts du Nouveau-Brunswick sont parmi les plus élevés au pays. Par conséquent, les néo-brunswickois ne peuvent ni ne veulent, à notre avis, fournir des fonds supplémentaires en vue de financer les services de santé. Si les dépenses de soins de santé deviennent disproportionnées, la possibilité d'intervention financière à l'égard des

autres déterminants de la santé en souffrira. On n'atteindra donc pas un meilleur état de santé général en «s'offrant» davantage de services.

Dans l'avenir immédiat, on arrivera à limiter les dépenses en matière de soins de santé surtout en restreignant l'arrivée de nouveaux médecins, en réduisant notre recours excessif à l'hospitalisation, en diminuant les prix et l'utilisation des médicaments sur ordonnance, en modérant notre tendance croissante à consulter les médecins et en évitant l'usage abusif des coûteux services de technologie de pointe.

La structure et le fonctionnement du réseau

Le fonctionnement de l'ensemble du réseau est tributaire des décisions que prennent les médecins. Ils choisissent les malades qui seront admis dans les hôpitaux, ceux qui seront soumis aux actes diagnostiques et ceux qui devront prendre des médicaments sur ordonnance.

La responsabilité du fonctionnement de chacun des hôpitaux repose entre les mains d'un conseil autonome. Les établissements se livrent une concurrence au lieu de collaborer en vue d'offrir des services de façon efficace et économique; par conséquent, on note des cas de dédoublement de services.

On met de plus en plus l'accent sur les solutions de rechange à l'hospitalisation des malades. Beaucoup de facteurs nous portent à croire que bon nombre de malades hospitalisés pourraient et préféreraient recevoir les soins requis à domicile. Le Nouveau-Brunswick prend des initiatives en vue de solutionner ce problème par son Hôpital extra-mural et des projets pilotes concernant le système à point d'accès unique aux soins communautaires pour les personnes âgées. Toutefois, ces programmes ne produiront des économies que si l'on comprime le secteur des établissements proportionnellement au besoin décroissant d'admettre des malades ou de les garder pour des séjours inutilement prolongés.

On peut maintenir ou même améliorer la santé de la population, tout en consacrant la même proportion du budget à ce chapitre, si l'on a la volonté d'étudier et d'adopter de nouvelles approches en vue d'optimiser le rendement du financement du réseau de la santé.

Nous croyons que les organismes représentant les quatre principaux groupes de dispensateurs (hôpitaux, infirmières et infirmiers, pharmaciens et médecins) ainsi que les autres groupes de dispensateurs veulent participer activement aux efforts visant à améliorer la rentabilité des services de santé.

L'information et la prise de décisions

La non-disponibilité immédiate des données sur la rentabilité, les changements dans l'utilisation et les répercussions du réseau de soins sur l'état de santé général nuit à la prise de décisions et aux dialogues fructueux dans tout le réseau, à partir de la source des services jusqu'au Conseil exécutif. Par conséquent, on a mis l'accent sur les coûts globaux, sur l'ajout de services et de personnel et sur la construction de nouveaux établissements.

Les dossiers actuels permettraient de produire les données nécessaires mais on n'a pas effectué une analyse pérodique de leur contenu, ce qui entrave la disponibilité immédiate des renseignements. On devra donc effecteur d'autres analyses.

CHAPITRE 10

La santé et la rentabilité du réseau de soins de santé : Une nouvelle vision

Introduction

Dans le présent chapitre, nous faisons état des principes prépondérants de conception et de fonctionnement que nous avons suivis dans la formulation des recommandations qui sont énumérées plus loin dans le document. Nous estimons que les mêmes principes devraient guider les responsables de la planification, du financement et de la gestion du réseau de santé de l'avenir.

Un regard vers l'avenir

Pour l'avenir du Nouveau-Brunswick, nous entrevoyons une société composée de personnes qui vivent plus longtemps en bonne santé et qui sont de moins en moins touchées par la maladie ou les handicaps. Nous imaginons que les résidents de la province pourront atteindre une pleine santé dans un environnement sûr et dénué de violence, qu'elles bénéficieront d'un revenu, d'un logement, d'une alimentation et d'une éducation décents et qu'elles joueront un rôle valorisant au sein de leur famille, au travail et dans leur milieu. Nous visionnons qu'elles auront toutes accès à des soins de santé abordables et convenables, quels que soient leur lieu de résidence, leur revenu, leur langue, leur âge, leur sexe ou leur origine ethnique. Nous entrevoyons enfin l'établissement d'une collaboration entre la population, les dispensateurs et le gouvernement du Nouveau-Brunswick en vue d'améliorer la santé de tous et chacun.

Les principes de conception

On doit énoncer un certain nombre de principes lorsqu'on envisage d'apporter des changements et d'établir des stratégies en vue d'améliorer l'état de santé de la population et le réseau de soins de santé. Nous estimons que les principes énoncés ci-dessous sont les plus importants.

Etablir des objectifs en matière de santé

Les gouvernements doivent assumer la responsabilité d'établir des objectifs dans le domaine des politiques économiques et sociales. Ces objectifs encadrent la planification, l'établissement des priorités et l'évaluation des programmes. En outre, ils doivent être accompagnés d'une série de cibles et de buts plus précis qui permettent

d'évaluer les progrès accomplis. De nombreux gouvernements considèrent que l'établissement de buts et d'objectifs est devenu l'une des caractéristiques pour une planification efficace de régimes de soins de santé, car il suscite des débats publics sur la nature et la raison d'être du réseau.

Accentuer la rentabilité

Il ne fait aucun doute que l'on pourrait consacrer davantage de fonds au réseau de soins de santé; par contre, il est vrai également que l'on pourrait obtenir de meilleurs résultats, en termes de protection ou d'amélioration de l'état de santé général, à l'aide des sommes actuellement affectées aux services de santé. On devrait étudier à fond toutes les possibilités plutôt que de se pencher sur les seules autres solutions de rechange qui consistent à réduire le nombre et la qualité des services ou à augmenter les impôts. Le Nouveau-Brunswick ne devrait pas augmenter ou diminuer ses dépenses en matière de services de santé qu'en tenant compte des conséquences prévisibles de telles mesures sur l'état de santé de sa population, et non du financement que les autres provinces consacrent à leur régime de santé.

Axer le réseau sur les usagers

Les programmes et les services devraient tenir compte des intérêts de ceux qui en ont besoin et de la convenance pour ces même personnes plutôt que des priorités des personnes qui les dispensent. La population doit être en mesure de faire des choix éclairés parmi les différentes méthodes de traitement ou de soins. Les dispensateurs joueront un rôle considérable auprès des usagers en les aidant à faire ces choix.

Favoriser l'amélioration de l'état de santé

On doit aider chaque personne à faire des choix sains dans sa vie grâce à une meilleure compréhension des causes d'une bonne ou d'une mauvaise santé. Cette nécessité s'applique tout particulièrement aux couches socio-économiques défavorisées qui éprouvent en général des problèmes de santé plus importants.

Accentuer les services communautaires

L'une des questions qui revient le plus souvent dans les mémoires, les études et les discussions sur les soins de santé porte sur le besoin d'accorder une plus grande importance aux services communautaires. Il serait souhaitable de consacrer moins d'attention aux soins en établissement pour des raisons d'ordre thérapeutique, économique et peut-être même philosophique. Ceci est économiquement souhaitable car il se peut que les hôpitaux et les foyers de soins s'occupent de personnes qui pourraient recevoir ailleurs des soins à meilleur marché; sur le plan thérapeutique,les hôpitaux ont parfois un effet iatrogénique (ils causent des maladies) et, du point de vue philosophique, les hôpitaux peuvent servir à perpétuer le mythe de la panacée technologique.

Mettre l'accent sur les résultats

On a consacré trop d'attention à la mise en place des ressources (personnel, bâtiments et matériel) dans les services de santé; par contre, on a négligé de tenir compte

des résultats. Tous les programmes et les services doivent être axés sur la prise en considération des changements qu'ils doivent produire dans l'état de santé du bénéficiaire.

Les principes de fonctionnement

Si l'on applique une série de principes dans la planification et la prestation de services, on améliore les possibilités de faire coincider les résultats et les principes de conception antérieurement énoncés.

Continuer de privilégier la qualité des services

On doit offrir tous les services de façon à minimiser les risques aux usagers.

S'assurer que les coûts des programmes sont prévisibles

Tous les programmes doivent être conçus, dispensés et gérés de façon à minimiser la possibilité d'excéder des budgets établis de façon prudente.

Susciter la participation des bénéficiaires et des dispensateurs

On doit prévoir des mécanismes qui permettent à la population et aux dispensateurs de participer plus efficacement à la planification et à la gestion des services de soins de santé. Les dispensateurs devraient prendre part activement à la gestion de l'affectation des ressources de façon à ce que la prestation des services se fasse selon les ressources disponibles. De cette façon, les bénéficiaires et les dispensateurs auront une meilleure connaissance des limites des interventions en matière de santé ainsi que des raisons qui motivent une limitation des coûts des services de santé.

Évaluer continuellement les résultats

On devrait surveiller continuellement le fonctionnement de chacun des services afin d'en assurer une utilisation rationnelle. Il faudrait accentuer les efforts d'évaluation de la rentabilité des programmes en vigueur et surveiller la mise en oeuvre des innovations et des changements en vue de s'assurer que les résultats prévus soient atteints.

Mettre l'accent sur la continuité des soins

Le réseau de soins de santé a diverses composantes de soins aigus et prolongés. Au cours de sa maladie, il se peut qu'on doive passer de l'une de ces composantes à une autre; les organismes visés doivent donc coopérer de sorte que de telles transitions se fassent d'une façon opportune. Par surcroît, on doit réduire la dépendance excessive des malades envers les soins en établissement et favoriser leur accès à l'autonomie.

Encourager l'innovation

Le réseau de soins de santé ne pèche pas par manque d'ingéniosité mais il souffre de rigidité et d'une carence de ressources dans le domaine de l'expérimentation. On devrait encourager les activités innovatrices en matière de prestation des services et d'information du public en y consacrant des ressources financières et humaines.

Notre vision

Le réseau de soins de santé a, d'abord et avant tout, besoin d'un leadership visionnaire engagé. A la lumière des principes énoncés dans le présent chapitre et des recommandations formulées dans les autres sections de ce rapport, nous estimons que la vision souhaitable pourrait raisonnablement comporter des idéaux comme une population en meilleure santé, un réseau plus rentable et une gamme exhaustive de services qui soient à la portée des néo-brunswickois.

CHAPITRE 11

L'amélioration de la structure et de la gestion du réseau de soins de santé

Introduction

On trouvera dans le présent chapitre les recommandations que nous avons formulées en ce qui concerne la structure globale, la budgétisation, la planification stratégique et l'analyse du réseau de soins de santé. Il s'agit des questions prépondérantes sur lesquelles devrait se pencher le gouvernement en vue de restreindre les coûts des services en proportion de la capacité de payer de la province et de faire en sorte que le réseau soit plus à l'écoute des besoins des usagers.

Une organisation de préservation de la santé est constituée d'un réseau de soins de santé complet et intégré. Il existe des modèles qui conviennent à des bassins de population de plusieurs millions de personnes. Le Nouveau-Brunswick, avec une population de 710 000 habitants, ne constituerait qu'une seule organisation de ce type; la planification doit donc être faite en conséquence.

Au cours de notre étude, nous avons relevé deux problèmes majeurs en ce qui a trait aux soins de santé au Nouveau-Brunswick :

1. L'ambition et la concurrence régionales qui faussent la planification.

2. La motivation politique qui influence la planification.

Afin de corriger ces problèmes, nous faisons les deux plus importantes recommandations de notre rapport dans le présent chapitre : une importance accrue à la planification au plan provincial et la création du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé appuyé par des Conseils locaux de planification en matière de santé.

La réévaluation du réseau

On doit effectuer une réévaluation du réseau de soins de santé du Nouveau-Brunswick. La province dispose à l'heure actuelle de plus de lits d'hôpitaux qu'elle en a besoin et elle tente d'offrir des services secondaires spécialisés à trop d'endroits. Certains hôpitaux sont sous-utilisés de façon flagrante tandis que d'autres subissent

des pressions excessives. Nous avons une masse critique limitée en matière de population et une source restreinte de financement; l'organisation du réseau doit tenir compte de ces facteurs.

La prestation de services secondaires spécialisés ne devrait se faire que dans cinq centres : Saint John, Moncton, Fredericton, Edmundston et Bathurst. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on réduise le nombre de régions. En particulier, nous estimons qu'il est superflu que les régions 5, 6 et 7 continuent de fonctionner comme trois entités autonomes; celles-ci ne devraient former qu'une seule région et on devrait étudier la possibilité de joindre une partie ou la totalité de la région 7 à la région 1.**

Étant donné que cette restructuration pourrait obliger certains malades à parcourir de plus longues distances qu'à l'heure actuelle, **nous recommandons :**

> **Que l'on réévalue les besoins de la province en matière de services d'ambulance et de transport afin de s'assurer que le regroupement des services n'imposera pas un fardeau trop lourd aux personnes vivant à une certaine distance des centres susmentionnés.**

On pourrait avoir recours à la transmission électronique des images et des données relatives au diagnostic et au traitement comme solution de rechange au déplacement des patients. Nous traitons cette question au chapitre 17.

La réévaluation du réseau doit être jumelée à un réaménagement du Plan directeur des services hospitaliers en vue d'assurer une meilleure rationalisation des services. On nous a dit que l'actuel Plan directeur des services hospitaliers fait en grande partie état des services que chaque hôpital était en mesure d'offrir au moment de sa rédaction; si tel est le cas, ce Plan doit être modifié. **Nous recommandons :**

> **Que le Plan directeur des services hospitaliers fasse état des services que chaque hôpital devrait offrir et non de ceux qu'il offre actuellement; en outre, une fois réévalué et adopté, que ce Plan directeur soit obligatoirement suivi.**

Si ce Plan n'était pas suivi, il se pourrait que l'on continue d'offrir des services dans des régions où il n'est pas logique de le faire. On nous a dit que l'actuel Plan directeur des services hospitaliers n'a pas toujours été respecté.

Dans le cadre de la réévaluation, **nous recommandons :**

> **Que l'on étudie la gamme des services actuellement payés; il semble en effet que la prestation aux frais du gouvernement de certains de ces services soit remise en question notamment en ce qui concerne les services de dépistage relatifs à l'emploi ou aux loisirs.**

Les services offerts dans la partie nord de la province devraient s'améliorer lorsque le Programme de développement des services dans le Nord sera appliqué dans son intégralité. **Nous recommandons :**

Que le Programme de développement des services dans le Nord soit maintenu.

Qu'au fur et à mesure de l'amélioration des services dans le Nord, on réévalue les possibilités de service des grands centres de Saint John, Moncton et Fredericton en tenant compte du nombre de services qu'ils offrent présentement aux résidents du Nord en ce qui a trait aux soins non tertiaires.

On devra aussi définir les exigences de la province en ce qui concerne les médecins et prendre les mesures nécessaires de sorte que leur répartition tienne compte des besoins de la population. Nous étudions cette question au chapitre 13 du présent rapport.

La structure et la planification - Le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé et les Comités régionaux de planification en matière de santé

La réévaluation et la planification stratégique continue nécessaires pour contenir les coûts du réseau de soins de santé devront être effectuées de concert avec tous les groupes intéressés, soit le gouvernement (dans l'ensemble et aux échelons supérieurs), les dispensateurs de soins de santé, les collectivités et les particuliers. La participation du gouvernement doit comprendre celle du ministère de la Santé et des Services communautaires et d'autres ministères, notamment ceux dont la sphère d'activité touche les nombreux déterminants de la santé énumérés au chapitre 5, comme l'éducation, l'environnement, le travail, etc. La réévaluation doit sensibiliser le gouvernement, les dispensateurs, les collectivités et les particuliers à toutes les questions relatives à la santé, qu'il s'agisse de prévention, de modes de vie, d'éducation ou de programmes traditionnels de traitement.

Qui plus est, la planification stratégique du réseau de soins de santé doit s'écarter des considérations purement politiques. Bon nombre de personnes et de groupes nous ont dit que le réseau avait subi trop d'influences politiques et qu'il en avait souffert en conséquence. L'analyse stratégique rationnelle devrait constituer le seul fondement des décisions. En effet, les coûts des services et la possibilité d'en diminuer la qualité sont tout simplement trop élevés. Le grand nombre d'hôpitaux offrant ou tentant d'offrir des soins secondaires semble être l'une des conséquences de la prise de décisions axée sur des considérations d'ordre politique. Une grande part des pressions politiques sont exercées par des collectivités qui désirent des services additionnels ne cadrant pas avec un réseau provincial conçu rationnellement. Il est souvent plus facile de céder aux pressions de la collectivité que d'expliquer à la population les raisons pour lesquelles ces services ne lui seront pas accordés. On doit résister à ces pressions si l'on désire que la capacité de payer de la province puisse absorber l'escalade des coûts des soins de santé.

Nous avons étudié les organismes de la santé dans d'autres provinces afin de trouver les meilleures façons de faire participer tous les groupes intéressés aux activités de planification dans un cadre non politisé. Nous estimons que le Conseil du premier ministre de l'Ontario sur la santé constitue un modèle intéressant pour le Nouveau-Brunswick. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que soit créé, sous la présidence du premier ministre, un Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé. Parmi les autres membres de ce Conseil, on devrait compter quatre ministres (y compris le ministre de la Santé et des Services communautaires qui devrait agir à titre de vice-président), des représentants des cinq groupes dispensateurs (médecins, infirmières et infirmiers, gestionnaires des hôpitaux, pharmaciens de même que les services de santé communautaires) ainsi que cinq représentants des bénéficiaires parmi lesquels se trouveraient un délégué des travailleurs et un autre des conseils d'administration des hôpitaux.

Il est essentiel de confier la présidence du Conseil au premier ministre et de prévoir la présence de quatre ministres afin de montrer que l'ensemble du gouvernement s'engage irrévocablement à étudier les diverses politiques touchant l'avenir de la santé collective et des soins de santé. La santé mérite ce genre d'attention étant donné qu'elle constitue le poste de dépenses publiques le plus important et qu'elle accapare environ le quart du budget provincial et est une fois et demie plus élevée que le poste suivant, soit l'éducation. **Nous recommandons :**

Que l'on demande au Conseil du premier ministre du Nouveau-Brunswick, dans le cadre de son mandat :

- **de déterminer des objectifs précis en vue de l'amélioration de l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick, et d'établir des priorités et des buts clairs qui puissent être quantifiés, évalués et mis en oeuvre;**

- **de planifier le développement futur du réseau de soins de santé au Nouveau-Brunswick de sorte à ce qu'il soit en mesure de dispenser des services et un continuum de soins de façon rationnelle et économique;**

- **d'amorcer de nouvelles approches aux soins de santé qui tiennent compte des différents besoins de la province, qui favorisent chez les particuliers une prise en charge de leur santé, qui entraînent une utilisation rationelle des ressources par les bénéficiaires et les professionnels de la santé et qui renforcent les liens entre le secteur de la santé et les services sociaux connexes;**

- **de mettre en oeuvre les politiques essentielles à l'amélioration de l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick, y compris les mesures de promotion de la santé et celles qui ne sont pas traditionnellement du ressort du réseau officiel des soins de santé.**

- **de soumettre périodiquement des rapports au gouvernement du Nouveau-Brunswick et de les rendre publics.**

Le Conseil devrait avoir à sa disposition, ou concevoir, un système d'information fiable ainsi que les ressources humaines nécessaires à l'accomplissement de sa tâche. Le Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick, formé en 1978, a recommandé la mise sur pied d'un tel système d'information; cependant, même si les

données existent, il est toujours impossible de s'en servir. Le Conseil du premier ministre devrait déléguer une grande part de son travail d'élaboration des politiques à des comités ou à des groupes d'étude (entre autres pour la mise à jour du Plan directeur des services hospitaliers, pour l'élaboration de directives sur l'utilisation des lits, pour la création et le maintien d'une main-d'oeuvre médicale optimale, etc.). Par contre, en ce qui concerne les questions de fonctionnement mettant en cause des groupes comme le Comité de revue professionnelle, on aurait intérêt à avoir recours à des comités indépendants. Le Conseil doit aussi être disposé à faire appel à des experts-conseils en vue de la réalisation d'études approfondies sur des questions précises et de l'élaboration de données et de recommandations qui l'aideront à prendre des décisions. Les fonctionnaires des ministères visés devraient participer aux travaux des comités et des groupes d'étude du Conseil de sorte à ce que les responsables de la mise en oeuvre des recommandations soient au courant des conséquences escomptées.

Un conseil provincial ne peut remplir son mandat s'il ne dispose pas de moyens lui permettant de recevoir de l'appui et des renseignements des collectivités locales; par contre, toutes les questions d'intérêt local ne peuvent être étudiées à fond à l'échelon central. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on mette sur pied, dans toute la province, des Comités locaux de planification en matière de santé, comprenant les zones qui, en toute logique, forment des sous-ensembles des cinq régions proposées. Ces comités auraient pour tâche de coordonner et de rationaliser les services de soins de santé dans leur région en tenant compte des ressources disponibles et des besoins et d'assurer un continuum complet de soins dans le cadre des lignes directrices et des limites déterminées par le Conseil du premier ministre et par le ministère de la Santé et des Services communautaires.**

Les Comités locaux de planification en matière de santé devraient faire régulièrement rapport au Conseil du premier ministre au sujet des questions touchant leur district. Ces Comités devraient être composés de dix à quinze membres, selon les besoins de leur district. Parmi les groupes dont les intérêts devraient être représentés au sein de ces Comités, notons les hôpitaux (gestionnaires et membres du conseil d'administration), l'unité locale de l'Hôpital extra-mural, les foyers de soins, les services ambulanciers, les médecins, les infirmières et les infirmiers, les travailleurs de la santé publique et des services communautaires ainsi que les bénéficiaires. On pourrait envisager de nommer des coordonnateurs locaux de la planification en vue de soutenir les Comités.

Malgré la volonté de collaboration dont nous avons parlé au chapitre 6, nos rencontres avec les groupes de dispensateurs ont montré que les principaux intervenants en matière de soins de santé au Nouveau-Brunswick ne discutent pas comme ils le devraient de leurs activités interactives. Ce mutisme est courant entre les hôpitaux et les médecins, les hôpitaux et les infirmières et infirmiers, les médecins et les infirmières et infirmiers, et entre ces derniers et les aide-infirmiers. Ces groupes semblent souvent travailler avec des objectifs divergents. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que le Conseil du premier ministre mette sur pied en priorité un groupe de travail qui prendra l'initiative d'élaborer des structures permettant à tous les groupes de dispensateurs de travailler en plus étroite collaboration.

La diminution du nombre de lits pour soins aigus

La mise en oeuvre des principales recommandations contenues dans le présent chapitre et dans le reste du rapport est susceptible de provoquer l'augmentation à courte échéance des coûts des soins de santé; cependant, elle entraînera des économies à plus long terme grâce à la réduction de la dépendance envers les coûteuses installations hospitalières. Toutefois, on doit à tout prix comprendre que les recommandations les plus importantes, comme le recours accru aux soins communautaires et à domicile et la gestion stricte de l'utilisation des hôpitaux, n'entraîneront aucune économie si l'on n'effectue pas les coupures correspondantes dans le nombre de lits des hôpitaux de soins aigus. Les membres des conseils d'administration et le gouvernement doivent être prêts à éliminer des lits d'hôpitaux et à cesser de construire de nouveaux établissements dans les endroits où ces décisions peuvent être prises sans préjudice à la qualité des soins. Nous croyons que la mise en oeuvre de nos recommandations entraînera la réduction du besoin de lits d'hôpitaux sans pour autant mettre en jeu la qualité des soins de santé dispensés aux néo-brunswickois. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que les membres des conseils d'administration des hôpitaux et le gouvernement s'engagent à éliminer des lits d'hôpitaux et ne pas en augmenter le nombre (lorsque c'est possible sans porter préjudice à la qualité des soins) afin d'atteindre la rentabilité préconisée par la mise en oeuvre des recommandations du présent rapport.

Evaluation des programmes

L'évaluation continue des composantes du réseau en vue de vérifier que chacune d'entre elles donne les résultats escomptés et ce, de façon économique, est essentielle au contrôle efficace des coûts du programme de soins de santé. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, les Comités locaux de planification en matière de santé et le ministère de la Santé et des Services communautaires effectuent une évaluation continue de tous les programmes en vigueur relevant de leur compétence ainsi que de tous les nouveaux programmes et des achats de matériel, y compris leur coût annuel prévu.

On doit prendre en considération un certain nombre de facteurs afin de faire une évaluation rationnelle des programmes, qu'ils soient nouveaux ou déjà en vigueur.

- Le programme est-il pertinent? Répond-il à un besoin?
- L'administre-t-on économiquement? Pourrait-on l'offrir à meilleur coût?
- Est-il efficace? Produit-il les résultats escomptés?
- A-t-il les effets souhaités à long terme? Résout-il les problèmes pertinents?

Parmi les méthodes les plus couramment utilisées pour l'évaluation des programmes, notons l'évaluation économique, les études de cas, le contrôle et les sondages. Nous abordons les techniques et les stratégies d'évaluation au chapitre 12 du présent rapport; cette question fait aussi l'objet d'un rapport détaillé préparé à notre intention par Fulton et Sutherland. Ce dernier document devrait servir de guide aux responsables de l'évaluation des programmes.

La budgétisation

Hôpitaux

Les efforts qu'on a déjà déployés en vue de restreindre les dépenses des hôpitaux leur ont permis de passablement bien respecter leur budget. Au cours des cinq derniers exercices financiers, les dépenses hospitalières ont subi une hausse annuelle moyenne de 6,3 pour cent, laquelle se compare avantageusement au taux général d'inflation. Cela ne signifie pas que la budgétisation des hôpitaux ne peut être améliorée. **Nous recommandons :**

> **Que l'on continue d'appliquer la directive qui interdit de financer les déficits des hôpitaux.**
>
> **Que l'on procède à des rajustements en cours d'année des budgets des hôpitaux touchés lorsque l'on sera en mesure de mettre plus rapidement en oeuvre le Programme de développement des services dans le Nord ainsi que le Plan directeur des services hospitaliers.**

Toutefois, les mesures incitatives actuellement en vigueur en vue d'encourager les hôpitaux à respecter leur budget ne donnent pas les résultats souhaités parce qu'elles sont insuffisantes. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on permette aux hôpitaux de conserver une plus grande part de leurs excédents budgétaires (au moins 50 pour cent) afin qu'ils trouvent avantageux de fonctionner en decà de leur budget.**

Nous estimons que la mise en oeuvre des recommandations contenues dans le présent rapport permettra au gouvernement de limiter plus efficacement les dépenses des hôpitaux. On a porté à notre attention deux problèmes importants en matière de budgétisation dans les hôpitaux. Tout d'abord, les enveloppes budgétaires ne sont pas mises à la disposition des gestionnaires avant le début de l'exercice; en outre, on n'effectue pas assez fréquemment la vérification opérationnelle et la revue de la base budgétaire.

En ce qui concerne la première question, le gouvernement aurait avantage à communiquer aux hôpitaux le montant de leur enveloppe budgétaire avant le début de l'exercice financier, ce qui améliorerait considérablement le processus de budgétisation. Il est évident que la tâche complexe de gérer un établissement de l'envergure d'un hôpital est encore plus ardue si l'enveloppe budgétaire n'est précisée que plusieurs mois après le début de l'exercice financier et si, parallèlement, on demande à l'administration de respecter en tous points ce budget.

Nous sommes conscients des difficultés qu'impose l'approbation des budgets par la législature mais **nous recommandons :**

> **Que l'on tente de trouver des moyens de communiquer les enveloppes budgétaires aux hôpitaux au début de leur exercice financier.**

Les processus de vérification opérationnelle et de revue de la base budgétaire ne donnent pas les résultats escomptés à cause de leur manque de fréquence. Contrairement aux lignes directrices approuvées, ils ne sont pas effectués tous les trois ans. Dans l'intervalle, les hôpitaux doivent respecter leur budget annuel, lequel n'est augmenté qu'en proportion du taux d'inflation. Ainsi, il est impossible de budgétiser en tenant compte des changements qui surviennent dans les besoins des hôpitaux. On nous a dit que cette situation est attribuable à une carence de personnel; à notre avis, on ne réalise pas d'économie si des carences au niveau du personnel nuisent au processus de budgétisation efficace. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on effectue une vérification opérationnelle et une étude du budget de base de chaque hôpital selon un cycle de trois ans.**

On nous a dit que la méthode actuelle de financement des services tertiaires axée sur l'expérience passée plutôt que sur les besoins courants entraîne des difficultés lorsque les coûts des services tertiaires dépassent l'augmentation permise selon l'inflation. Par conséquent, on doit effectuer des coupures dans ces services ou dans d'autres secteurs en vue de trouver le financement nécessaire. On a proposé de financer les services tertiaires indépendamment des autres programmes de sorte à mieux évaluer l'évolution de la demande à leur égard. Nous sommes en principe d'accord avec cette suggestion qui permettrait de tenir à jour les services tertiaires de la province et d'économiser au chapitre d'autres mesures auxquelles on devrait recourir si ces services n'étaient pas maintenus. Nous constatons que l'adoption de cette suggestion peut entraîner des difficultés techniques mais **nous recommandons :**

> **Que les services tertiaires soient financés indépendamment des autres programmes lorsqu'il sera possible de le faire.**

Assurance-maladie

En ce qui a trait à l'Assurance-maladie, la clé de la réduction des hausses budgétaires consiste à limiter le nombre de médecins. La documentation que nous avons étudiée et les experts que nous avons consultés arrivent à la conclusion qu'il existe un lien direct entre l'augmentation du nombre de médecins et la hausse des coûts. Les médecins prennent la plupart des décisions dans le réseau.

Les dépenses consacrées à l'Assurance-maladie ont augmenté annuellement en moyenne de 9,7 pour cent depuis cinq ans, ce qui n'est pas sans susciter certaines inquiétudes. Nous avons étudié certaines mesures palliatives aux chapitres 13 et 18 du présent rapport.

Plan de médicaments sur ordonnance

Il est pratiquement impossible d'effectuer la budgétisation du Plan de médicaments sur ordonnance étant donné qu'il s'agit, à l'heure actuelle, d'un programme sans

limite. On ne peut tenir directement responsables des dépenses excédentaires ni ceux qui prescrivent les médicaments, ni ceux qui les dispensent, ni ceux qui en consomment. Les dépenses consacrées à toutes les facettes du Plan de médicaments sur ordonnance ont augmenté en moyenne de 12,6 pour cent chaque année depuis cinq ans et elles doivent être limitées. On doit à tout prix adopter une approche dynamique qui comporte des mesures d'économies importantes ainsi qu'une limitation de la consommation. Nos recommandations à ce sujet se trouvent au chapitre 15. Si on s'abstient de prendre des mesures de cette nature, l'on ne pourra faire autrement que de restreindre la portée du programme en abolissant, par exemple, l'admissibilité des personnes âgées de plus de 65 ans qui ne bénéficient pas de l'aide au revenu ou en augmentant la contribution des bénéficiaires. Aucune de ces solutions n'est acceptable à nos yeux.

Budgétisation future

Lorsque l'on aura atteint les objectifs quant au nombre de médecins et que les coûts du Plan de médicaments sur ordonnance auront été contenus, on devrait pouvoir déterminer avec suffisamment d'exactitude les besoins budgétaires avant chaque exercice ou au début de celui-ci. **Nous recommandons :**

> **Que lorsque sera atteint l'objectif en termes de nombre de médecins et qu'on aura limité les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance, le gouvernement s'efforce de contenir l'augmentation de ses dépenses annuelles en matière de santé en deça ou au niveau du taux d'inflation. À cette fin, on devrait fixer un taux d'inflation qui tienne compte de la hausse des coûts des ressources consenties aux soins de santé dans la province.**
>
> **Qu'après avoir contenu les dépenses, on ne procède à la mise en oeuvre d'un nouveau programme ou service intéressant qui nécessite un investissement que si l'on trouve à l'intérieur du réseau les sommes néessaires à son financement.**

La limitations des dépenses n'a pas pour seul but de stopper l'escalade des coûts des soins de santé; elle vise aussi à dégager des fonds en vue de financer d'autres mesures favorisant la santé telles que l'amélioration des conditions d'habitation, des modes de vie et des moyens de transport, des mesures de sécurité au travail, l'éducation en matière de santé et d'autres mesures que l'on n'associe pas traditionnellement aux services de santé.

Le fonds d'innovation

On devrait inciter les hôpitaux et les autres établissements de soins de santé à chercher des moyens d'améliorer la rentabilité de leurs services. Les coûts de ces recherches ne devraient pas être inclus dans le budget ordinaire des établissements et l'on devrait prendre des mesures spéciales en vue de mettre le financement nécessaire à leur disposition. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Qu'une portion déterminée du budget consacré aux services de santé (par exemple 1/4 de 1 pour cent ou 2 225 000 millions de dollars) soit placé**

dans un Fonds d'innovation géré par la ministère de la Santé et des Services communautaires et destiné à aider les hôpitaux et autres dispensateurs de soins à améliorer l'efficacité de leur programme ou de leurs installations.

On inviterait les hôpitaux et les autres établissements à se servir de ce Fonds afin d'améliorer leur capacité de répartir leurs ressources financières entre leurs programmes ou leurs départements. On encouragerait les responsables de l'élaboration des politiques, les intervenants et les groupes communautaires à évaluer des politiques et des activités existantes ou innovatrices en matière de soins de santé de même que l'application des recommandations du présent rapport, notamment au chapitre de la gestion de l'utilisation, des centres de santé communautaires et de l'élaboration de lignes directrices sur la pratique.

CHAPITRE 12

La recherche sur les services de santé en vue de favoriser l'efficacité de la prise de décisions

Introduction

Au Nouveau-Brunswick, on ne produit pas systématiquement de données sur les coûts, la rentabilité, les variations dans l'utilisation ainsi que les répercussions sur l'état de santé collectif des services de santé, et on n'utilise pas fréquemment de telles données à des fins de gestion, de planification des programmes ou d'élaboration des politiques. On recueille une gamme exhaustive de données sur les coûts et l'utilisation mais on ne prépare aucun rapport périodique et les demandes spéciales nécessitent des opérations laborieuses et coûteuses de l'ordinateur central. On dispose de peu de renseignements utilisables quant à l'état de santé des résidents de la province ou aux résultats des soins reçus par les malades; en outre, on note l'absence d'une méthode permettant d'établir des comparaisons entre ces données et les renseignements relatifs aux coûts et à l'utilisation. Sans de tels renseignements, il est difficile de prendre des décisions éclairées en matière de lignes directrices et d'affectation des ressources et on ne peut affirmer avec certitude si tel ou tel programme est surexploité ou déficient. Les faits dont ont besoin le gouvernement et la population du Nouveau-Brunswick permettraient de prouver que l'utilisation de l'une ou l'autre des ressources a un effet positif sur la santé des néo-brunswickois.

La recherche sur les services de santé est une discipline relativement nouvelle. Lorsqu'on aborde ce domaine, on doit admettre que :

- Des données existent sur la quantité et le coût des actes médicaux, mais leur corrélation avec les résultats est déficiente.
- On a adopté beaucoup de traitements et d'actes sans en évaluer au préalable les coûts, les résultats et leurs interactions.
- Beaucoup d'actes courants à l'heure actuelle n'ont jamais fait l'objet d'une évaluation.
- Même lorsque de bons résultats d'évaluation leur sont présentés, il est difficile de modifier le comportement des intervenants.

Le présent chapitre porte sur les méthodes, les caractéristiques organisationnelles et les ressources nécessaires aux analyses afin d'assurer l'efficacité de la prise de décisions.

Nous aborderons les trois principaux sujets de recherche en matière de services de santé.

L'optimisation des ressources

Depuis toujours, les médecins sont ceux qui décident,souvent seul, quels malades seront traités en premier, quels actes devront être posés, quels médicaments seront prescrits et quels programmes recevront des fonds. On convient maintenant que les décisions sur le choix des lignes directrices, en particulier lorsqu'elles concernent plusieurs genres d'interventions ou de malades, relèvent pour la plupart des politiques sociales et doivent être prises en tenant compte des opinions de groupes divers et de l'analyse des données pertinentes. Dans le domaine de la santé, ces choix de politiques sont cruciaux car le gouvernement est mieux en mesure de limiter les dépenses consacrées aux services de santé lorsque le public est satisfait et qu'il bénéficie de soins de bonne qualité. On est mieux en mesure d'atteindre de tels résultats si les fonds sont dépensés à bon escient.

La recherche d'une meilleure optimisation ou répartition des ressources dans les services de santé suscite toute une gamme de questions importantes :

- Que se passera-t-il si l'on ne dispense pas un certain genre de service?
- Qui en souffrira ou qui sera exposé aux risques?
- Quel degré de gravité ces conséquences ou ces risques présentent-ils?
- Combien de personnes subiront ces conséquences ou seront exposés à ces risques?
- Quelles économies réalisera-t-on?
- Dans quelle mesure ce choix est-il plus efficace que les autres solutions visant le même objectif?
- Dans quelle mesure ce choix est-il plus ou moins coûteux que les autres solutions?
- Dans quelle mesure le problème est-il déjà en voie d'être réglé?

Si l'on prend des décisions en ne tenant pas compte des données sur l'optimisation des ressources, on effectuera l'affectation de ces dernières selon des critères moins souhaitables comme l'opportunisme politique; l'avis de personnes ou de groupes agissant dans leur propre intérêt; la pression des médias; la tentation d'imiter l'expérience des autres; les sondages d'opinion; l'avis des chefs d'organismes sociaux, professionnels ou bureaucratiques; les revendications des criards, ou l'opinion d'un chef de file charismatique. Dans le domaine des politiques de santé, on doit prendre des décisions en tenant également compte des données techniques (par exemple, sur l'optimisation) et de facteurs plus subjectifs. Dans ce contexte, le choix des politiques devrait constituer un exercice démocratique. Nous sommes toutefois persuadés que l'emploi de bonnes données et l'application d'une saine logique contribueront beaucoup, avec le temps, à l'élaboration de politiques et de programmes plus économiques en matière de santé.

État de santé

Plusieurs outils nous permettent de déterminer la façon d'améliorer au maximum l'état de santé collectif avec les ressources dont nous disposons. Ainsi, afin de quan-

tifier les résultats des programmes, on aura recours à des indicateurs de la santé dont on mesurera les variations. cette fin, il importe que l'on adopte une définition large de la santé qui tienne compte de la santé physique (longévité, mortalité, infirmité et pathologie), de la santé mentale (dépression, anxiété, optimisme et amour-propre) et du bien-être social (bon cadre social et relation amoureuse réciproque).

Qualité des soins

Le malade se préoccupe habituellement du progrès de sa santé et de son degré d'exposition aux risques; ces deux critères constituent les meilleurs étalons de la qualité des soins fournis à la population. Même si le personnel professionnel et l'administration sont très compétents, que le rapport employés/patients est excellent ainsi que les installations, on ne peut évaluer les soins collectifs qu'en prenant en considération la progression réelle des malades en comparaison avec leur progrès idéal, ou leur degré d'exposition aux risques par rapport à une situation idéale.

Dans l'évaluation de la qualité des services de santé, on accorde trop d'importance à la quantification des ressources au détriment des traitements, des résultats et des répercussions.

Les méthodes d'analyse et de recherche

La présente section est axée sur l'évaluation de l'optimisation des ressources. La mesure de l'état de santé collectif et de la qualité des soins est importante et doit être effectuée, mais notre étude ne comporte pas une analyse exhaustive de ces aspects.

Nous avons été impressionnés par les possibilités qu'offrent des analyses comme celles qu'ont réalisées pour notre gouverne Michael Gormley et John Horne. Nous favorisons l'emploi de ces méthodologies pour la production continue de données à l'intention des gestionnaires, des responsables de la planification des programmes et ceux de l'élaboration des politiques. L'évaluation sera fort utile en matière de gestion stratégique et d'élaboration des politiques si elle répond à des questions, si elle permet d'ouvrir de nouveaux horizons, si elle contient des prévisions, si elle facilite la prise de décisions plus rationnelles et si elle comporte une analyse de sensibilisation.

On choisit généralement les méthodes d'évaluation appropriées parmi une gamme de techniques d'analyse économique. Il existe trois principaux genres d'analyses économiques en matière d'évaluation des programmes : minimisation des coûts, coûts-avantages et rentabilité.

Analyse de la minimisation des coûts

Il s'agit d'une technique de comparaison des coûts des solutions de rechange qui visent les mêmes objectifs d'une façon manifestement aussi efficace. Ce genre d'analyse se révèle utile lorsque plusieurs solutions sont envisageables, par exemple, si l'on a le choix entre l'hospitalisation et les traitements ambulatoires.

Analyse coûts-avantages

On emploi cette technique lorsque les ressources et les résultats peuvent être quantifiés en unités de nature comparable (la plupart du temps, en dollars). Une telle analyse comporte une série de calculs mathématiques qui donnent une mesure des avantages nets que comporte le choix d'un programme donné.

L'analyse coûts-avantages est utile lorsqu'on tente d'évaluer la faisabilité économique d'un programme ou de déterminer celui qui rapporte le plus d'avantages nets parmi un groupe de programmes réalisables ayant ou non les mêmes objectifs.

Analyse de la rentabilité

Pour ce genre d'analyse, on a recours à une série d'opérations mathématiques et analytiques qui permettent de déterminer le programme le plus susceptible d'atteindre des objectifs précis. Cette méthodologie est avantageuse quand on cherche à comparer l'efficacité de plusieurs programmes visant les mêmes résultats.

Ces techniques d'évaluation économique permettent d'étudier systématiquement des questions auxquelles on peut apporter des réponses.

La structure et les ressources

Certaines provinces disposent de puissants organismes non gouvernementaux de recherche sur les services de santé qui génèrent des données se rapportant à leur région mais pouvant aussi être utiles à l'ensemble du pays. Les principaux organismes de ce genre sont les suivants :

The Centre for Health Economics and Policy Analysis Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics McMaster University

Hamilton (Ontario)

The Division of Health Services Research and Development University of British Columbia Vancouver (Colombie-Britannique)

Le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé Université de Montréal Montréal (Québec)

Nous croyons qu'il y a lieu de mettre en place un certain nombre d'améliorations structurales afin d'être en mesure d'effectuer des recherches en soins de santé et d'appliquer les résultats. Dans cette optique **nous recommandons :**

Que la Division de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services communautaires s'efforce davantage d'obtenir les résultats des recherches effectuées ailleurs, de les interpréter dans le contexte néo-brunswickois et de diffuser ces résultats.

Que le Nouveau-Brunswick favorise la mise sur pied d'un organisme de recherche sur les services de santé dans les provinces de l'Atlantique ou dans les Maritimes et qu'il le soutienne financièrement.

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires crée un cadre propice à la recherche et à l'évaluation.

Que la responsabilité opérationnelle de la recherche sur les services de santé soit déléguée au directeur administratif de la Division de la planification et de l'évaluation qui verra activement à mettre ce projet en oeuvre et à favoriser l'utilisation des résultats dans tout le Ministère.

Que l'on ajoute un poste au niveau de la direction au sein de la Division de la planification et de l'évaluation à l'intention d'une personne possédant une grande compétence en matière de recherche quantitative et méthodologique et que ce poste soit soutenu par des assistants de recherche spécialisés et par un accès facile aux données nécessaires.

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, avec l'aide des organismes représentant les dispensateurs, détermine le programme de recherche et le mette périodiquement à jour.

Que les membres du personnel de l'extérieur de la Division de la planification et de l'évaluation qui occupent des postes pertinents ou qui ont une grande compétence dans le domaine de la recherche par exemple l'épidémiologiste provincial, participent aux activités de recherche sur les services de santé.

Que le Ministère fasse en sorte que les ressources consacrées à la recherche suffisent à satisfaire les demandes de données provenant des organismes représentant les dispensateurs, le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, les Comités locaux de planification en matière de santé et les experts-conseils qui réalisent des études pour ces intervenants.

Mais surtout, on doit sentir une volonté de la part du Ministère de laisser à un groupe de recherche toute la latitude dont il a besoin en vue d'étudier la possibilité de traduire les données actuelles en renseignements utiles.

Nous demandons aux lecteurs de se reporter aux rapports techniques préparés à notre demande par Fulton et Sutherland[1], John Horne[2] et Michael Gormley[3].

[1] Professors Jane Fulton, Ph.D. and Ralph Sutherland, M.D. "Methods for Containing or Reducing Utilization and Cost". University of Ottawa. 1989.

[2] John Horne, Ph.D. Factors Contributing to Costs and Utilization Growth in Health Care. University of Ottawa. 1989.

[3] Michael Gormley. Preliminary Estimates of Utilization of Physician and Hospital Services 1981-82 and 1986-87. Vancouver, 1989.

CHAPITRE 13

La détermination du nombre idéal et de la répartition des médecins

Introduction

Comme nous l'avons indiqué au chapitre 7, la population doit consulter un médecin afin d'avoir accès à presque tous les services de santé que nous avons étudiés. Le médecin fait véritablement office de sentinelle du réseau.

Depuis leur adoption, les programmes provinciaux d'assurance-maladie et hospitalisation ont enregistré des hausses de coûts supérieures au taux d'inflation et au rythme de croissance du produit intérieur brut. Le nombre de médecins en proportion de la population s'est aussi accru. On peut donc présumer qu'il existe une relation de cause à effet entre les deux phénomènes, ce qui nous permet de déduire qu'il est possible de restreindre le coût de ces programmes en limitant le nombre de médecins qui pratiquent dans la province.

Cette notion est très séduisante parce qu'elle passe sous silence certaines questions épineuses. Par exemple, l'utilisation accrue des services est-elle attribuable aux usagers ou aux médecins? La démonstration qui suit pèche sûrement par simplisme mais elle n'illustre pas moins le fait que nous devons être conscients des problèmes que pose la quantité de médecins pratiquant dans la province.

Le nombre idéal de médecins

Quel est le nombre idéal de médecins? Il est évident que, passé un certain seuil, l'augmentation du nombre de médecins ne provoque aucune amélioration en ce qui concerne la santé de la population. La Banque mondiale s'est penchée sur cette question dans le cadre d'une enquête réalisée dans 75 pays industrialisés; elle a conclu que ce seuil s'établit à environ 1 médecin par 665 habitants. Au Canada, on compte déjà 1 médecin par 542 habitants et les rangs de la profession grossissent toujours. D'autres faits démontrent que la présence d'un médecin dans un bassin de 650 à 700 habitants suffit à combler tous les besoins légitimes de la population, même dans les provinces où se trouvent des facultés de médecine comptant un grand nombre de médecins qui ne dispensent pas de soins directs à la population.

A la lumière de ces données, le Nouveau-Brunswick est bien placé pour commencer à limiter le nombre de praticiens, puisqu'il comptait un médecin par 830 habitants en 1987, ce qui est supérieur au rapport idéal. Dans certaines régions de la province, en

particulier dans le Nord-Est, le nombre de médecins demeure très inférieur au niveau idéal. Il découle des statistiques du chapitre 3 qu'il faut améliorer l'accès des habitants du Nord aux médecins spécialistes. On peut donc conclure que les centres importants du Sud comptent un nombre suffisant de médecins même si l'on note des carences dans certains domaines de spécialisation.

La justification des limites

Pourquoi le Nouveau-Brunswick devrait-il se préoccuper de planification de la main d'oeuvre médicale s'il subsiste des carences dans certains domaines? Pour plusieurs raisons :

1. Pour restreindre les coûts. Les faits prouvent qu'il existe une relation directe entre l'augmentation du nombre de médecins et la hausse des coûts des programmes de soins de santé.

2. Pour permettre une planification financière à court et à long terme des services de santé. Si l'on peut mettre sur pied un programme contingenté en vue d'accroître le nombre de médecins, les fonctionnaires du Ministère seront en mesure de calculer les dépenses qui devront être consacrées à la rémunération de ces praticiens et de faire des prévisions en ce qui concerne les coûts des soins hospitaliers et communautaires ainsi que des médicaments sur ordonnance.

3. Pour orienter le recrutement. Même si la province a besoin de médecins dans certains secteurs, il n'est plus nécessaire d'effectuer un recrutement global. On devrait cerner les lacunes et concentrer les ressources de la province afin d'effectuer du recrutement dans ces secteurs. Il faudrait dès maintenant dissuader le recrutement de nouveaux médecins dans les régions où le nombre de praticiens est suffisant afin d'éviter de se trouver plus tard dans l'obligation de prendre des mesures qui auront des répercussions sur la main-d'oeuvre en place.

4. Pour déterminer des besoins réalistes au cas où il se produirait une migration imprévue de médecins dans la province. La Colombie-Britannique, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario et le Québec ont déjà pris des mesures en vue de faire face à l'utilisation accrue des services des médecins, celles-ci touchant notamment le nombre de praticiens et la quantité de services que chacun d'entre eux offre. Les pressions sont relativement discrètes à l'heure actuelle mais on remarque que le recrutement des médecins désireux de pratiquer au Nouveau-Brunswick se fait de plus en plus aisément. Si les autres provinces durcissent leurs mesures dissuasives afin d'empêcher de nouveaux médecins de s'établir sur leur territoire, le Nouveau-Brunswick pourrait très vite devenir pour ceux-ci une terre de prédilection. Il est bon de se rappeler que 5 pour cent du total des médecins de l'Ontario équivalent à l'ensemble du corps médical du Nouveau-Brunswick.

Les méthodes de limitation

On trouvera ci-dessous certaines méthodes susceptibles de permettre de limiter le nombre de médecins.

1. La plupart des spécialistes doivent avoir des droits hospitaliers afin de mettre leur formation à profit. On nous a dit que le ministère de la Santé et des Services communautaires avait dressé un plan des ressources médicales parallèlement au Plan directeur des services hospitaliers. Toutefois, nous formulons dans le présent rapport des recommandations visant la réévaluation du Plan directeur des services hospitaliers et, par conséquent, des critères portant sur les ressources médicales. On doit étudier à fond et planifier à l'échelle provinciale les services des médecins spécialistes dans la province.

   Les médecins de familles (et certains spécialistes comme les ophtalmologistes et les dermatologistes) pratiquent, au moins dans une certaine mesure, dans un milieu hospitalier. Toutefois, ils ont toujours la possibilité d'établir leur pratique sans avoir de droits hospitaliers; c'est ce que font déjà certains d'entre eux. Par conséquent, on ne pourra se servir des hôpitaux comme seul moyen de limiter le nombre de médecins.

2. L'imposition de restrictions sur les inscriptions. Il s'agit là sans aucun doute de la méthode la plus simple de limiter le nombre de médecins au Nouveau-Brunswick. Toutefois, elle pourrait faire l'objet de contestations judiciaires comme ce fut le cas pour le contrôle des numéros de facturation en Colombie-Britannique.

3. L'imposition de limites globales au budget de l'Assurance-maladie. D'autres provinces ont tenté cette expérience de diverses façons et avec plus ou moins de rigueur. Cette méthode est axée sur le principe voulant que la province établisse son budget en fonction de l'utilisation antérieure des services médicaux; si le budget est dépassé à cause de la hausse imprévue du nombre de médecins ou de services dispensés, le budget de l'année suivante est réduit en conséquence. De cette façon, les praticiens de la province doivent assumer la responsabilité du contrôle du recrutement. Malheureusement, il se peut que des médecins n'ayant rien à voir avec le recrutement soient pénalisés par l'adoption de cette méthode.

Il faut à tout prix se rendre compte que les méthodes servant à limiter le nombre de médecins dans la province auront des répercussions sur les conditions de travail quotidiennes des praticiens établis. Depuis la mise en oeuvre de l'Assurance-maladie, les relations entre le gouvernement provincial et la profession médicale sont au beau fixe. Les négociations entre le ministère de la Santé et des Services communautaires et la Société médicale du Nouveau-Brunswick se sont parfois déroulées sous le signe de l'irritation et même de l'affrontement en ce qui a trait au paiement des honoraires, mais le climat qui y régnait n'a rien à voir avec l'état de crise qu'ont connu presque toutes les autres provinces. Compte tenu de cette situation, la profession médicale devrait prendre part à toutes les étapes de la planification des ressources humaines. Si l'on entreprenait cette planification dès maintenant, à l'heure où la province doit encore recruter des médecins et n'a pas à faire face à une congestion de la main d'oeuvre médicale, le ministère de la Santé et des Services communautaires, les médecins et la population du Nouveau-Brunswick seraient tous avantagés.

Les recommandations

Comme première étape en vue de limiter le nombre de médecins, **nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette dès maintenant sur pied un groupe de travail dont le mandat consistera à dresser un plan de la main-d'oeuvre médicale pour la province du Nouveau-Brunswick. Ce plan devrait comprendre les éléments suivants :

1. **L'identification des besoins là où il n'y a pas suffisamment de médecins.**
2. **Les besoins en spécialistes de tous les hôpitaux.**
3. **Le nombre maximum de médecins permis par spécialité et par endroit.**
4. **La méthode qui permettra une révision continue et une modification des quotas prévus.**
5. **La méthode de contrôle.**

Que l'on permette à la Société médicale du Nouveau-Brunswick de désigner 50 pour cent des membres du groupe de travail.

Bon nombre de ces recommandations sont identiques à celles qu'avait formulées le Comité d'étude sur les soins de santé au Nouveau-Brunswick, en janvier 1978, à l'égard de l'actuel Comité consultatif sur la main-d'oeuvre médicale; cependant, ces propositions n'ont jamais été pleinement mises en oeuvre.

CHAPITRE 14

L'amélioration et le développement des services hors-établissement de soins de santé

Introduction

On réduira la demande en matière de services en établissement en améliorant la gamme et la capacité des autres services. A cette fin, on recommande deux solutions de rechange : l'adoption de nouvelles structures pour les soins primaires et l'amélioration de la coordination ainsi que le développement des traitements et des soins communautaires.

Les soins primaires à l'extérieur des cabinets de médecins

A l'exception des Centres de services de santé situés dans dix-huit petites localités, la population du Nouveau-Brunswick n'a accès aux omnipraticiens qu'en se rendant à leur cabinet (où ils pratiquent seuls ou en groupe) ou dans les salles d'urgence des hôpitaux.

Il existe, ailleurs au Canada, d'autres lieux de consultation que l'on appelle les organisations de services de santé et les centres de santé communautaires. Ces méthodes de prestation de soins ont récemment fait l'objet d'une étude de la part d'un comité conjoint de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et du ministère de la Santé et des Services communautaires. En guise de conclusion préliminaire, le comité a jugé que les centres de santé communautaire offraient des possibilités quant à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'adoption d'une approche multidisciplinaire en matière de soins primaires et à l'intensification des services de promotion de la santé.

Nous croyons que les centres de santé communautaires ont prouvé leur utilité et que la province devrait étudier leur viabilité au Nouveau-Brunswick. Par conséquent, **nous recommandons:**

> **Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise la mise sur pied de deux centres de santé communautaires dans le cadre d'un projet-pilote.**
>
> **Que l'on choisisse les localités où ils seront ouverts en tenant compte de l'accès limité aux omnipraticiens de l'endroit, ou encore des problèmes d'accès que connaissent certains groupes (qu'on pourrait peut-être identifier par leur usage intensif de la salle d'urgence d'un hôpital urbain).**

Que l'une de ces localités soit une ville du Nord où il y a une pénurie d'omnipraticiens et où se trouve un hôpital communautaire.

Que l'autre localité soit une grande ville du Sud à population dense dont les habitants ne consultent pas un médecin de famille en particulier (par exemple, Saint John).

Que l'on crée un conseil d'administration communautaire qui sera responsable de la planification, du développement et du fonctionnement de chacun des centres.

Que l'on effectue une évaluation exhaustive des répercussions de ces centres en ce qui concerne :

- **l'efficacité des infirmières et infirmiers offrant des services de premier contact aux personnes en quête de soins;**
- **l'ampleur du soutien de la population;**
- **le degré de satisfaction des médecins face à la pratique des soins primaires rémunérée à salaire ou à vacation;**
- **les répercussions des centres sur le recours à l'hospitalisation et aux services externes des hôpitaux;**

les répercussions des centres sur l'utilisation de l'Assurance-maladie et les coûts des soins primaires;

- **les modifications des comportements dangereux pour la santé chez la population-cible.**

Nous avons en outre conclu que l'efficacité des centres de services de santé existants pourrait être améliorée en modifiant leur orientation actuelle qui est d'attirer dans les petites localités rurales des médecins à plein temps qui pratiquent seuls. Étant donné que le recrutement de médecins constitue un problème chronique dans certaines de ces localités et que celles-ci ne peuvent pas toujours fournir suffisamment de travail pour leur assurer des revenus acceptables, on devrait modifier les méthodes de dotation et de fonctionnement; **nous recommandons :**

Que le personnel essentiel à temps plein des centres de services de santé soit composé d'infirmières ou d'infirmiers de soins primaires bien formés et expérimentés.

Que l'on détermine l'étendue des services médicaux à être fournis dans ces centres, selon l'évaluation de la charge de travail prévue, et que l'on signe des contrats avec des médecins à temps plein ou à temps partiel, payés à salaire ou à vacation.

Que ces centres soient dotés de bons moyens de communication avec les médecins et les services d'urgence qui sont officiellement responsables du soutien de l'infirmière ou de l'infirmier de soins primaires.

Quand plusieurs de ces centres auront été ainsi restructurés, **nous recommandons :**

Que l'on évalue la rentabilité des centres de services de santé selon les critères qui ont été établis pour les centres de santé communautaires.

Les soins communautaires et prolongés

Compte tenu de la nécessité de privilégier les soins communautaires par rapport à l'hospitalisation, comme nous l'avons indiqué au chapitre 8, **nous recommandons :**

Que l'on continue de développer les services à domicile comme solution de rechange à l'hospitalisation, compte tenu du fait que la réalisation de leur pleine rentabilité nécessitera la diminution du nombre de lits d'hôpitaux et de foyers de soins dans certaines localités.

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, en collaboration avec les Comités locaux de planification en matière de santé, soit responsable du développement des services et des réajustements au nombre de lits des établissements selon les lignes directrices et les limites énoncées au chapitre 11.

Cette recommandation vise tout particulièrement l'amélioration des installations destinées au traitement hors-établissement des personnes âgées, comme l'élaboration de solutions de rechange additionnelles en matière de logement et de services communautaires de soutien à domicile.

Nous avons été impressionnés par la vaste gamme de services et le grand nombre d'organismes non gouvernementaux qui s'occupent de programmes communautaires. Toutefois, il semble qu'on ait décidé d'offrir ces programmes de façon spontanée, souvent sans avoir au préalable évalué leurs répercussions sur les services connexes, en particulier en ce qui concerne la possibilité de réduire le recours à l'admission à l'hôpital ou en foyer de soins. En outre, ces programmes souffrent d'un manque de coordination et ils ne sont pas efficacement reliés au réseau des établissements.

On a récemment déployé des efforts considérables à l'échelon provincial en vue d'améliorer la continuité des soins et la coordination du réseau de prestation de soins prolongés. Nous sommes d'accord avec l'orientation de ce travail, en particulier en ce qui a trait au système à point d'accès unique géré par la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

Nous avons étudié plusieurs solutions de rechange en ce qui concerne la coordination du travail des nombreux organismes gouvernementaux et non gouvernementaux qui s'occupent de soins communautaires prolongés (y compris la suggestion voulant que l'Hôpital extra-mural se charge de ces soins) et nous avons conclu que les bureaux locaux de la Division de la famille et des services sociaux communautaires sont les mieux placés pour assumer ce rôle. Les Comités locaux de planification en matière de santé devraient agir à titre d'organisme consultatif auprès des bureaux locaux de sorte à ce que ces derniers rencontrent efficacement les besoins de la collectivité. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que les bureaux locaux de la Division de la famille et des services sociaux communautaires du ministère de la Santé et des Services communautaires coordonnent les activités de tous les organismes s'occupant de soins communautaires prolongés de sorte à assurer la continuité des soins et à éviter le dédoublement des services.

Que les bureaux locaux deviennent les points d'accès uniques à ces services de sorte à ce qu'ils puissent en effectuer une coordination adéquate.

Qu'en assumant ce rôle, les bureaux locaux soient à l'écoute des avis de leur Comité local de planification en matière de santé.

Que les Comités locaux de planification en matière de santé révisent périodiquement l'efficacité des services de soins communautaires et prolongés de leur région.

Il serait plus avantageux encore de faire en sorte que les points d'accès uniques deviennent le moyen de recourir aux services de soins aigus à domicile dispensés par l'Hôpital extra-mural (HEM). Parmi ces avantages, notons la possibilité de faciliter le transfert des malades chroniques qui n'ont plus besoin de soins aigus de l'HEM aux services communautaires de soins prolongés; la possibilité également par une tierce partie de réévaluer la nécessité pour un malade de recourir aux services de l'HEM; l'élimination du dédoublement de la coordination par deux organismes (l'HEM et la Division de la famille et des services sociaux communautaires) des services de soutien non infirmier; le recours à une source unique de renseignements sur l'ampleur des besoins à combler en matière de services communautaires, et la possibilité de minimiser la participation de trop des médecins au soin des patients. **Nous recommandons :**

Que les admissions à l'Hôpital extra-mural se fassent par l'intermédiaire du même point d'accès unique qui régit les demandes de soins prolongés à domicile,c'est-à-dire la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

A l'heure actuelle, les médecins ont le droit de percevoir des honoraires pour l'admission de patients à l'Hôpital extra-mural et pour les consultations téléphoniques qu'ils donnent aux infirmières et infirmiers de l'HEM. Pourtant, il n'y a pas d'honoraires pour des services semblables dans le cadre d'autres formes de soins communautaires ou à domicile. On devrait éliminer cette anomalie. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que les médecins puissent avoir recours, pour les autres services de soins à domicile, aux mêmes honoraires que pour l'admission de patients et pour les consultations téléphoniques à l'Hôpital extra-mural.

Certaines remarques s'imposent sur le recours à l'HEM comme solution de rechange aux soins aigus dans les hôpitaux. Nous sommes conscients que ces remarques pourraient être confirmées ou infirmées dans le cadre de l'évaluation qu'effectuent à l'heure actuelle des professeurs de l'université Dalhousie. Jusqu'à maintenant, on a mis sur pied ce programme relativement nouveau dans des régions, entre autres, qui

sont dotées d'un nombre passablement élevé de lits réservés aux soins aigus et où les hôpitaux présentent souvent des taux d'occupation faibles, ce qui restreint les possibilités de réduire les admissions à l'hôpital. Parallèlement, d'autres régions dont les hôpitaux sont surchargés à cause d'une plus faible proportion de lits par rapport au nombre d'habitants ne bénéficient toujours pas des services de l'HEM ou d'une unité de l'HEM qui puisse suffir à la tâche.

Nous estimons que l'on devrait s'attendre à ce que la présence de l'HEM ait pour conséquence de réduire le nombre de lits d'hôpitaux dans les régions qui ont des lits en trop et d'atténuer la nécessité d'ajouter des lits dans les régions où les hôpitaux sont surchargés. Si tel n'est pas le cas, les coûts des soins à domicile s'ajouteront aux autres dépenses parce que les lits qui demeurent libres seront inévitablement occupés. Nous sommes en faveur de l'expansion de l'HEM et des autres formes de soins à domicile.

Dans certains cas, le développement de l'HEM dans une région s'est fait sans trop d'égard aux services communautaires déjà en place, en particulier les infirmières de l'Ordre de Victoria, ce qui pourrait mettre en péril la viabilité de certains organismes. **Nous recommandons:**

> **Que les Comités locaux de planification en matière de santé déterminent si l'HEM est l'organisme indiqué pour la prestation des services de soins prolongés à domicile dans les régions ayant des carences à ce niveau et qu'ils décident de l'ampleur du développement des soins aigus dispensés par l'HEM. Si l'on décide de confier à l'HEM le mandat de dispenser des soins prolongés à domicile, on doit s'assurer de ne pas élargir l'éventail de services financés par le gouvernement.**

CHAPITRE 15

Les mesures visant a éliminer la surconsommation de médicaments et en réduire les coûts

Introduction

La meilleure façon de réduire à court terme les coûts consiste à modifier les divers plans provinciaux de médicaments sur ordonnance. Bien des rapports publiés à la suite d'études sur la consommation de médicaments sur ordonnance font état des conséquences de la surprescription et des risques qu'elle fait courir aux malades. Les faits permettent de croire que les efforts déployés en vue de réduire la surprescription provoquent non seulement la baisse du coût des médicaments mais aussi l'amélioration de la qualité des traitements et la réduction des cas d'hospitalisation suite à des maladies attribuables aux médicaments.

Par conséquent, on doit considérer les modifications aux programmes de médicaments sur ordonnance, encore plus que celles proposées pour les services hospitaliers et l'Assurance-maladie, comme des mesures visant à améliorer d'abord la qualité des soins et, ensuite, comme des moyens de contenir les dépenses. Si elles sont mises en oeuvre, les recommandations que nous formulons réduiront le rythme de croissance de la consommation de médicaments sur ordonnance et peut-être même la quantité consommée à l'heure actuelle. Ces recommandations sont groupées en deux catégories selon l'effet qu'elles doivent produire, soit les mesures d'amélioration de la qualité et de limitation des quantités, et les mesures de réduction des coûts.

L'amélioration de la qualité et la limitation des quantités

Nous envisagerons quatre facteurs dans l'énoncé qui suit : les produits couverts par les programmes; les mécanismes de sélection des produits et d'étude de la consommation; la technologie des systèmes d'information qui contribuent à la gestion de la prescription et de la distribution des médicaments; et des recommandations précises visant à limiter la quantité de médicaments distribués.

Produits couverts

L'une des questions les plus importantes à considérer concerne l'interchangeabilité des médicaments brevetés produits par des sociétés que l'on appelle parfois les grandes compagnies innovatrices (ces maisons sont représentées par l'Association canadienne de l'industrie du médicament) avec les équivalents génériques de ces produits (les fabricants sont représentés par l'Association canadienne des fabricants

de produits pharmaceutiques). Par le passé, il y a eu des motifs de douter de la fiabilité des fabricants de produits génériques et le doute continue de planer chez la profession médicale. La situation est particulièrement évidente au Nouveau-Brunswick où 25 pour cent des ordonnances sont libellées «pas de substitution». En comparaison, ces chiffres sont de 15 pour cent en Saskatchewan, de 2 pour cent au Manitoba et de 1 pour cent en Ontario.

Nous nous sommes attardés spécialement à l'étude de la réglementation de l'industrie des médicaments au Canada et nous sommes satisfaits que cette réglementation garantit la fiabilité de tous les produits actuellement sur le marché. En conséquence, **nous recommandons:**

> **Que le ministère de la Santé et des services communautaires, par l'entremise du Comité de sélection des produits médicamenteux, accepte l'Avis de conformité du gouvernment fédéral comme garantie valable pour ajouter un médicament à la liste des médicaments admissibles du Nouveau-Brunswick.**
>
> **Qu'en recevant du gouvernment fédéral des renseignments supplémentaires générés par leur programme de garantie de la qualité, le Comité de sélection des produits médicamentaux révise ses déisions en ce qui a trait à l'interchangeabilité.**

Il en résultera une liste allongée de médicaments admissibles comprenant un nombre accru de produits équivalents à coût moindre.

Nous notons et félicitons l'initiative du Nouveau-Brunswick et d'autres provinces qui ont encouragé Santé et Bien-être social Canada à créer une organisme national qui détermine l'équivalence biologique des médicaments.

L'utilisation des médicaments génériques à meilleur marché a sensiblement contribué à réduire les dépenses des programmes de médicaments sur ordonnance et les hôpitaux utilisent régulièrement ces produits afin de contenir leurs dépenses pharmaceutiques. Il y a donc lieu de favoriser davantage le recours aux produits génériques. Il en résultera une list allongée de médicaments admissibles comprenant un nombre accru de produits géériques à coût moindre.

Des renseignements nous laissent croire que les médecins et la population ne sont pas bien informés sur la sécurité de l'interchangeabilité avec des produits génériques. Cette situation constitue un obstacle important à l'intensification de l'usage de ces produits et à la réalisation des économies qui en découleraient. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on mette en oeuvre un programme d'information exhaustif en vue de renseigner les médecins et la population sur la sécurité et l'efficacité des produits génériques employés en remplacement de médicaments brevetés.**

Mécanismes de révision

Au Nouveau-Brunswick, trois groupes officiels participent à des activités reliées aux programmes de médicaments sur ordonnance; il s'agit du Comité consultatif du plan de médicaments sur ordonnance, du Comité de sélection des produits médicamentaux et du Comité de révision sur l'usage de médicaments. En outre, le Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie du ministère de la Santé et des Services communautaires s'occupe des médecins et peut contrater leurs pratiques en matière de prescription d'ordonnances.

On a parlé de l'un des rôles du Comité de sélection des produits dans la section précédente sur les médicaments admissibles. En vue d'assurer le fonctionnement efficace et réel des programmes, les comités devraient assumer trois tâches supplémentaires : la cueillette de données scientifiques sur les indications pour l'utilisation des médicaments sur ordonnance, notamment en ce qui concerne les produits les plus coûteux qui pourraient être remplacés par des équivalents efficaces; la diffusion de protocoles de traitement à l'intention des médecins, et l'étude ainsi que la correction des mauvaises pratiques en matière de prescription d'ordonnances. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que la Direction des médicaments sur ordonnance entreprenne des discussions avec les membres du Comité consultatif du programme de médicaments sur ordonnance, du Comité de sélection des produits médicamentaux, du Comité de révision sur l'usage de médicaments et du Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie afin de déterminer le rôle de chacun de ces organismes en ce qui concerne la cueillette de données scientifiques sur les indications des médicaments sur ordonnance, la diffusion de protocoles de traitement à l'intention des médecins et l'étude ainsi que la correction des mauvaises pratiques en matière de prescription d'ordonnances.**

Utilisation de la technologie des systèmes d'information

Bon nombre des organismes qui nous ont exprimé leur point de vue s'inquiétaient de l'ampleur du dédoublement dans la prescription de médicaments et des possibilités de prescrire à un malade des produits qui ont des effets néfastes lorsqu'ils sont combinés. Ces problèmes peuvent surgir si une personne consulte plusieurs médecins ou pharmaciens qui ne sont pas au courant des autres médicaments qu'elle consomme. Il s'agit là d'un problème très grave qu'on pourra difficilement éliminer tant et aussi longtemps que les bénéficiaires auront la possibilité de choisir leurs médecins et leurs pharmaciens.

On dispose maintenant d'une technologie qui est en mesure d'offrir un mécanisme permettant aux médecins et aux pharmaciens d'éviter ce genre de situation. En l'utilisant, les médecins et les pharmaciens auraient un accès direct au profil de consommation de médicaments d'une personne, ce qui leur permettrait d'empêcher le dédoublement et les réactions défavorables aux médicaments. Les faits démontrent en outre de façon probante que l'accès en direct ou l'accès par «carte à microcircuit» est rentable. Les données sur les médicaments sur ordonnance devraient ouvrir l'accès des dispensateurs à d'autres renseignements sur l'utilisation des services de

santé; par conséquent, le système retenu devrait être en mesure d'accommoder l'ajout de données sur les actes diagnostiques et autres services de santé obtenus par tout individu. **Nous recommandons :**

> **Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un groupe de travail qui aura pour tâche de choisir et de mettre en oeuvre les systèmes d'information les plus pertinents compte tenu de la situation du Nouveau-Brunswick et qui se penchera en premier lieu sur le Plan de médicaments sur ordonnance.**

Quantités de médicaments prescrits

L'augmentation importante enregistrée dans le partage des frais depuis quelques années semble avoir entraîné une augmentation des quantités de médicaments distribués. Alors que la quantité normalement prescrite ne devrait pas dépasser un approvisionnement d'un mois, on remarque que les médecins ont de plus en plus tendance à prescrire suffisamment de médicaments pour 100 jours. Cette habitude crée certains problèmes comme le gaspillage ou la surconsommation lorsque la personne n'a pas besoin d'une telle quantité de médicaments, la tendance à ne pas se conformer aux directives du médecin ou du pharmacien parce qu'on ne les voit pas régulièrement, le risque que les médicaments sur ordonnance ayant une certaine valeur sur le marché noir tombent entre de mauvaises mains et la baisse des recettes provenant de la contribution des bénéficiaires. Afin de commencer à résoudre ces problèmes, **nous recommandons :**

> **Que l'on impose une limite d'approvisionnement d'un mois en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance prescrits dans le cadre des programmes provinciaux.**

On trouvera dans la section sur les coûts une seconde recommandation portant sur la structure des contributions des bénéficiaires dans le cadre du Plan de médicaments sur ordonnance.

Autres

On a soumis à notre attention un certain nombre de propositions concernant d'autres changements qui pourraient avoir une incidence sur la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux et la quantité de médicaments qui y sont prescrits. Étant donné que ces suggestions méritent d'être étudiées plus à fond, nous en ferons mention. L'une des façons de réduire la consommation de médicaments ainsi que le nombre de réactions défavorables qui entraînent une hospitalisation prolongée pharmaciens d'hôpitaux à des activités de consultation clinique. D'autre part, on pourrait utiliser un système de doses unitaires et d'additifs intraveineux semblable à celui qu'emploient avantageusement les foyers de soins du Nouveau-Brunswick et des hôpitaux de l'extérieur de la province.

La réduction des coûts

L'emploi de la technologie des systèmes informatiques, que nous avons décrit dans une précédente section, pourrait permettre d'économiser les coûts importants attri-

buables à la surprescription et à l'occurence de réactions défavorables à l'emploi de certains médicaments.

Le prix de vente fixé par le fabricant est l'élément le plus important du coût des programmes de médicaments sur ordonnance. La province peut de diverses façons influencer ce facteur fondamental.

Le meilleur moyen consiste à dresser une liste de produits admissibles aux programmes provinciaux de médicaments sur ordonnance. Nous avons discuté du mécanisme pour ce faire dans la section précédente sur les produits admissibles. Nous avons aussi souligné l'importance d'inclure, dans la liste, des produits génériques équivalents moins coûteux. Par surcroît, le Comité consultatif sur le programme de médicaments sur ordonnance doit pouvoir user de sa discrétion dans l'ajout de nouveaux médicaments brevetés à la liste des produits admissibles. Ceux-ci sont souvent beaucoup plus coûteux et ils ne sont pas toujours meilleurs que les produits qu'ils prétendent remplacer. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on révise la directive actuelle selon laquelle les nouveaux produits dont la vente est permise au Canada sont automatiquement couverts et que l'on adopte une directive forçant les fabricants à présenter une demande d'ajout de leurs médicaments à la liste provinciale des produits admissibles.**

Le second moyen consiste à rembourser les pharmacies selon la méthode du moindre coût. Il se peut que le mécanisme actuel, axé sur le coût réel d'achat (CRA), soit en fait la solution la plus coûteuse. On rembourse les pharmaciens selon une échelle qui varie de l'un à l'autre en fonction du prix qu'ils ont payé pour les médicaments. En outre, ils touchent un pourcentage direct en raison de leur marge bénéficiaire brute. Par conséquent, personne n'a d'intérêt à se soucier d'acheter des produits en grande quantité ou à se préoccuper du prix d'achat.

Au contraire, la méthode du meilleur prix disponible (MPD) permet d'effectuer des remboursements qui tiennent compte du plus gros format offert sur le marché. On doit s'assurer que les sommes remboursées reflètent bien le prix courant le plus bas sur le marché. Certaines autres provinces ont recours actuellement à cette méthode mais on n'a pas atteint les bééfices escomptés. Nous estimons que cette facon de faire permettrait de réaliser des économies par rapport à l'application que l'on fait actuellement de la méthode du coût réel d'achat.

L'Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick, Inc. a suggéré une autre méthode de remboursement que l'on a appelée provisoirement la méthode du moindre prix courant (MPC). Comme l'indique cette appellation, cette méthode prévoit le remboursement selon un prix garanti par le fabricant pour une quantité précise de médicaments ou de produits pharmaceutiques (en plus d'une marge bénéficiaire convenue). Elle présente certains avantages, dont la participation des fabricants au processus de réduction des coûts puisqu'ils doivent garantir leurs prix pour une période de six mois, la facturation et le remboursement à l'aide d'une seule liste de prix atténuant ainsi la nécessité des vérifications et la possibilité pour les médecins, les pharmaciens et les bénéficiaires de disposer de prix compatifs. Compte tenu de ces facteurs, **nous recommandons :**

Que la Direction des médicaments sur ordonnance étudie les avantages apparents des solutions de rechange à la méthode du coût réel d'achat pour les remboursements versés aux pharmacies et qu'elle se penche en particulier sur la méthode du moindre prix courant.

Étant donné que les médecins jouent un rôle prépondérant dans la prescription d'ordonnances, ils doivent connaître les coûts des médicaments sur le marché; par conséquent, **nous recommandons :**

Que l'on renseigne les médecins sur les prix des médicaments inclus dans la liste des produits couverts.

La façon la plus simple de réduire le coût des programmes de médicaments sur ordonnance consiste à ne couvrir que les produits équivalents les moins chers, même lorsqu'un autre produit a été prescrit. Si l'on prend les précautions énoncées dans la section «Amélioration de la qualité et limitation des quantités» en vue d'assurer la qualité des produits énumérés dans le formulaire, nous sommes persuadés que cette mesure ne fera courir aucun risque aux bénéficiaires. On devrait toujours permettre aux médecins de prescrire les médicaments de leur choix et aux bénéficiaires de choisir ceux qu'ils préfèrent; cependant, ces derniers devraient assumer la différence entre le coût du médicament qu'ils choisissent et le prix du produit équivalent qui se vend le moins cher. Nous croyons qu'une seule exception devrait être faite à l'intention des bénéficiaires qui suivent déjà une thérapie. Dans ces cas, on devrait inciter les médecins à discuter avec ces bénéficiaires de la possibilité de substituer à leurs médicaments des produits équivalents meilleur marché; mais, en dernière analyse, la décision devrait revenir aux malades. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que les bénéficiaires des programmes de médicaments sur ordonnance ne soient couverts qu'à la valeur des produits interchangeables les moins chers, exception faite des patients qui suivent déjà une thérapie.

On devrait éliminer l'actuel boni de 0,50 $ versé aux dispensateurs de produits génériques étant donné que cette mesure incitative deviendrait caduque.

En dernier lieu, on doit envisager le partage des coûts par les bénéficiaires au moyen de paiements contributoires versés au moment de l'achat des médicaments. Nous estimons que les bénéficiaires doivent continuer d'assumer, de cette façon, une partie des coûts; toutefois, étant donné que les autres mesures proposées dans le présent chapitre auront une incidence importante sur la quantité et le coût des médicaments distribués, la contribution des bénéficiaires jouera un rôle moindre dans la diminution des coûts des programmes. Ces mesures devraient provoquer une baisse du coût moyen des ordonnances; par conséquent, à moins que l'on ne réduise leurs contributions, les bénéficiaires devront assumer une plus grande part du coût global des programmes. A l'heure actuelle, les contributions sont établies selon un montant fixe. Dans le cas du programme destiné aux personnes âgées, ce montant représente 22,2 pour cent du coût moyen d'une ordonnance, et dans celui des bénéficiaires de l'aide au revenu, ce pourcentage est de 7,9 pour cent. On devrait conserver ces proportions. Nous estimons que la meilleure façon d'obtenir ce résultat consiste à calculer la contribution selon un pourcentage du prix total de l'ordonnance. De cette façon, on évitera d'avoir à rajuster la contribution au fur et à mesure de la

hausse du prix des médicaments sur ordonnance. Afin d'atténuer le fardeau imposé aux bénéficiaires dont la maladie exige la consommation de médicaments relativement chers, il serait de mise de calculer la contribution selon un pourcentage décroissant du prix total de l'ordonnance et de conserver un plafond annuel auquel sont assujettis les bénéficiaires de l'aide au revenu. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que les bénéficiaires des programmes de médicaments sur ordonnance assument une part des coûts des médicaments grâce à une contribution établie selon un pourcentage décroissant, calculée de sorte à ce qu'elle représente la même proportion des coûts totaux qu'à l'heure actuelle, et que l'on conserve le plafond annuel de 120 $ auquel sont assujettis les bénéficiaires de l'aide au revenu.**

Voici un exemple de cette nouvelle structure des contributions :

Coût total de l'ordonnance	Contributions Personnes âgées	Aide au revenu
De 0 à 25 $	25 %	8 %
Deuxième tranche de 25 $	15 %	5 %
Excédent	10 %	3 %

CHAPITRE 16

Mesures en vue d'éliminer l'utilisation excessive des installations hospitalieres et des services des médecins

Introduction

L'une des questions prépondérantes sur lesquelles on doit se pencher touche l'utilisation excessive des services hospitaliers et des médecins. Sans se soucier des coûts, on semble se dire : «Si l'on nous offre ces services, aussi bien en profiter!» Cette attitude doit changer. Le réseau des soins de santé du Nouveau-Brunswick ne peut se permettre de laisser libre cours à l'utilisation sans discernement, futile ou excessive de ses services.

Au cours de nos travaux, de nombreuses suggestions ont été formulées en vue de restreindre et peut-être même d'éliminer l'utilisation excessive des services de santé. Nous résumons dans le présent chapitre les propositions qui permettraient de réaliser les meilleures économies. Nous ne soutenons pas qu'il s'agit des seules solutions valables; bien d'autres possibilités seront soulevées au fur et à mesure que le gouvernement, les dispensateurs et les gestionnaires se pencheront sur des programmes de restriction de l'utilisation.

Il est possible de réduire les coûts des services hospitaliers; mais, pour ce faire, on doit prendre certaines mesures décrites dans le présent chapitre et dans le chapitre 17 et dont voici un aperçu:

- L'utilisation efficace des ressources selon les préceptes énoncés ci-dessous au titre de la gestion de l'utilisation.
- La participation des médecins à la gestion, comme nous l'avons décrite dans la section consacrée aux médecins et à la gestion au chapitre 17.
- L'utilisation efficace du personnel, étant donné que leur rémunération est la plus importante parmi les dépenses des hôpitaux.

Ces changements se traduiront en l'élimination de lits superflus comme il en est question dans ce chapitre.

La gestion de l'utilisation

Hôpitaux

Il est particulièrement souhaitable de mettre sur pied un système explicite de gestion de l'utilisation qui ne se borne pas à relever les problèmes, mais qui permet de les régler. La gestion de l'utilisation a pour but précis de fournir le moins grand nombre de soins qui permette d'obtenir le résultat escompté. On pourra réduire le nombre actuel de services en effectuant une surveillance permanente des patients et des activités de sorte à minimiser le nombre de soins et de retards indésirables. La véritable définition de la gestion de l'utilisation se lit comme suit :

> (Notre traduction)
> «La gestion de l'utilisation est un processus proactif auquel prennent conjointement part le corps médical et les gestionnaires et par lequel l'hôpital essaie continuellement de maintenir et d'améliorer la qualité des soins grâce à l'emploi efficace des ressources dont il dispose. Elle constitue un engagement non seulement envers l'étude du profil d'utilisation de l'hôpital mais aussi à l'égard de l'adoption de mesures correctives dans tous les cas de mauvaise utilisation.»

Au Nouveau-Brunswick, on n'accorde pas suffisamment d'importance à la gestion de l'utilisation. Les conseils d'administration des hôpitaux restent assez passifs face à cette question et dans la plupart des hôpitaux, personne ne s'est vu confier la tâche de coordonner les activités de gestion de l'utilisation. Certains hôpitaux se sont dotés d'un comité d'étude de l'utilisation auquel participe le corps médical; d'autres tiennent régulièrement des séances de vérification. Toutefois, les quelques comités d'étude de l'utilisation existants jouent un rôle restreint en matière de coordination.

Medicus Canada nous a présenté un exposé exhaustif sur les méthodes de gestion de l'utilisation. Les principaux groupes de dispensateurs ainsi que les représentants du gouvernement ont aussi assisté à cette discussion. Nous avons en outre étudié le Guide sur l'étude et la gestion de l'utilisation des hôpitaux de l'Ontario publié conjointement par l'Association des hôpitaux de l'Ontario, l'Association médicale de l'Ontario, le ministère de la Santé de l'Ontario et le Hospital Medical Records Institute.

> **Nous recommandons :**
>
> **Que l'on mette sur pied un groupe de travail composé de représentants du ministère de la Santé et des Services communautaires, de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, en vue de mettre en oeuvre, dans tous les hôpitaux de la province, un système exhaustif de gestion de l'utilisation à l'aide des modèles que contiennent le rapport de Medicus Canada et le Guide de l'Ontario. Si on le juge nécessaire, ce groupe de travail pourrait être placé sous l'égide du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé.**

Il ne serait pas réaliste de s'attendre à ce que les hôpitaux fassent des études probantes sur l'utilisation de leurs services s'ils ne disposent pas de systèmes informatiques leur permettant d'établir des liens entre les données financières et cliniques et les renseignements sur l'exploitation de l'hôpital. Il semble que le Système intégré de gestion en voie d'élaboration, connu sous l'appellation de Directives sur le SIG, permette d'établir de telles relations. Nous soutenons la mise en oeuvre de ce système et **nous recommandons :**

> **Que le groupe de travail susmentionné prenne les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des Directives sur le SIG dans tous les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.**

Médecins

L'élaboration de directives relativement à la pratique médicale et la mise en oeuvre d'un processus précis d'application dans la province des innovations dans le domaine de la médecine sont aussi en étroite relation avec la gestion de l'utilisation des services. Les lignes directrices en question permettraient de définir les méthodes économiquement et scientifiquement acceptables de prestation de soins de qualité et elles comprendraient des indications sur l'utilisation à bon escient des interventions et du matériel diagnostiques. Elles sont indispensables au bon déroulement de la vérification de la pratique et des activités de révision par les pairs que réalise le Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie; par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick s'occupe de mettre sur pied un Comité d'élaboration de lignes directrices sur la pratique médicale qui conseillera le ministère de la Santé et des Services communautaires.**

Autres méthodes de traitement

Nous avons reçu de nombreuses suggestions sur d'autres méthodes de traitement susceptibles de réduire l'occupation des lits d'hôpitaux. Les plus intéressantes d'entre elles sont les suivantes :

- favoriser les soins ambulatoires en offrant des mesures incitatives aux médecins qui soignent leurs patients sans les faire admettre à l'hôpital;
- prévoir des foyers d'accueil à l'intention des malades soumis à des épreuves diagnostiques ou à des traitements ambulatoires et qui sont actuellement hospitalisés parce qu'on ne peut les héberger ailleurs, ces établissements devraient être ouverts les fins de semaine;
- répartir clairement entre les hôpitaux et les foyers de soins les responsabilités en matière de soins des malades chroniques afin d'intensifier l'utilisation des installations les moins coûteuses;
- imposer aux malades qui ont reçu leur congé, mais qui demeurent à l'hôpital en attente d'une place dans un foyer de soins ou un autre établissement non

- hospitalier, le tarif qu'ils devraient payer s'ils étaient effectivement admis dans un foyer de soins;

- permettre aux foyers de soins de dispenser certains des services qui sont actuellement réservés aux hôpitaux, mais qui pourraient y être offerts en toute sécurité (par exemple, les soins requérant de l'oxygène et des intraveineuses);

- diriger certains patients en attente de chirurgie des grands centres, où les listes d'attente sont longues, vers des hôpitaux dont les salles d'opération sont sous-utilisées.

Nous recommandons:

Que l'on étudie de façon approfondie d'autres méthodes de traitement visant à réduire l'occupation des lits d'hôpitaux.

Les mesures incitatives pour les médecins

On aura de meilleures chances d'assurer le succès d'un programme visant à réduire ou à éliminer l'utilisation excessive des coûteuses installations hospitalières en l'assortissant de mesures incitatives. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que l'on élabore des mesures incitatives d'ordre financier et autres à l'intention des médecins en vue d'augmenter le nombre de traitements prodigués dans les cabinets de médecin ou à titre de services ambulatoires.

On a soumis à notre attention les suggestions suivantes :

- un système de révision faisant appel à la pression des pairs sur les médecins qui font exagérément appel aux installations hospitalières;

- le versement d'honoraires plus élevés pour les visites aux heures de bureau en soirée ou au cours de la fin de semaine dans les cabinets de médecin de sorte à alléger le travail des salles d'urgence des hôpitaux;

- l'adoption de deux niveaux d'honoraires pour les mêmes services, l'un s'appliquant aux médecins qui utilisent l'espace, les fournitures et le personnel des hôpitaux qui serait inférieur à celui versé pour les mêmes services dispensés dans le cabinet du médecin;

- la collaboration de la part des hôpitaux en rendant des fournitures disponibles afin de permettre aux médecins d'effectuer davantage de chirurgie mineure dans leur cabinet;

- la retenue d'une partie des frais rélamés par un médecin pour des malades hospitalisés qui n'ont toujours pas été soumis à aucun acte diagnostique ou médical après leur deuxième journée d'hospitalisation ou qui séjournent à l'hôpital plus longtemps qu'il ne serait nécessaire compte tenu des soins prodigués;

- l'adoption de mesures incitatives d'ordre financier en vue de favoriser la mise sur pied de salles d'opération à l'extérieur des hôpitaux à titre de solution de rechange à l'utilisation des installations hospitalières.

Les activités d'information et d'analyse

Conformément à ce que nous avons relaté au chapitre 12, le Nouveau-Brunswick ne dispose pas de suffisamment de données sur le coût de chacun des services, des traitements et des actes médicaux. Ces renseignements sont indispensables à l'élaboration d'un programme destiné à prévenir l'utilisation excessive des services médicaux.

Cette lacune a des répercussions importantes, car les médecins ne connaissent pas les coûts des médicaments et des traitements qu'ils prescrivent. Par conséquent, ils ne sont pas en mesure de prendre part aux efforts d'économie dans leur pratique quotidienne. titre de responsables de la plupart des décisions, ils doivent disposer de ces données. Ils ont de toute évidence intérêt à éviter les actes médicaux coûteux et superflus; en effet, plus les coûts des traitements en établissement augmenteront, plus leurs revenus sont susceptibles d'être affectés à la baisse.

Pourtant, les médecins ne sont pas toujours responsables de l'utilisation de services coûteux et superflus. Des médecins nous ont convaincus que, dans bien des cas, leurs malades insistent pour que l'on ait recours à la technologie la plus récente et la plus coûteuse, même quand le praticien ne la juge pas nécessaire. On peut comprendre que les médecins aient de la difficulté à résister à de telles pressions. Par conséquent, on doit informer la population du coût des services, des traitements et des actes médicaux, et on doit la convaincre qu'une utilisation répétée de services coûteux mettra en péril, à longue échéance, la viabilité du réseau de santé et la possibilité pour cette même population de recevoir des soins de qualité.

Par conséquent, **nous recommandons** :

> **Que l'on mette sur pied un programme d'information exhaustif en vue de renseigner les médecins et la population sur le coût des actes diagnostiques et des traitements, ainsi que sur les soins offerts par les services communautaires et la possibilité d'y avoir recours et d'éviter ainsi l'utilisation d'installations coûteuses lorsque cela n'est pas nécessaire.**

Nous croyons que les renseignements sur le coût de chacun des services sont disponibles, mais qu'ils ne sont peut-être pas présentés adéquatement. On doit prendre les moyens pour que ces données soient utilisables. Nos recommandations à ce sujet sont contenues au chapitre 12.

Élimination des lits d'hôpitaux excédentaires dans les régions ayant un faible taux d'occupation ou un fort pourcentage d'admissions

Comme nous l'avons souligné au chapitre 11, nous estimons que la province dispose d'un nombre de lits plus élevé que nécessaire. Cette conclusion est basée sur l'étude des trois facteurs qui ont une incidence sur le besoin en lits, soit les taux d'admission dans les hôpitaux, la durée des séjours et les taux d'occupation. Comme le tableau ci-dessous le démontre, ces indices varient considérablement dans les sept régions

sanitaires.

Région	Durée moyenne du séjour 1987-1988	Pourcentage d'occupation 1987-1988	Admissions par 1 000 habitants 1985-1986
1	11,64	83,19	130,6
2	12,66	87,81	161,4
3	9,64	82,33	180,3
4	10,11	80,16	182,4
5	11,33	73,10	241,9
6	8,51	77,27	193,4
7	7,00	69,43	227,9
Toutes	10,59	81,88	172,1

De telles variations illustrent bien la nécessité de réévaluer le nombre et la répartition des lits d'hôpitaux dans la province et elles appuient notre recommandation sur la réévaluation du réseau des soins de santé. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé mette sur pied un groupe de travail pour déterminer le nombre requis et la répartition idéale des lits d'hôpitaux dans la province et formuler des recommandations à ce sujet, en tenant compte des répercussions de l'utilisation accrue des services communautaires.**

Effectuons un simple calcul de la possibilité de réduire le nombre de lits d'hôpitaux. Supposons que l'on obtienne une durée moyenne de séjour de 9,6 jours (compte tenu des résultats de la région 3 qui offre une gamme assez exhaustive de services primaires, secondaires et secondaires spécialisés), que le taux global d'occupation des hôpitaux atteigne 85 pour cent, que l'on atteigne le but réaliste de 150 admissions par 1 000 habitants grâce à l'utilisation de l'Hôpital extra-mural et selon les résultats qu'obtiennent actuellement plusieurs régions; on déduit de ces données que la province a besoin d'environ 3 300 lits, et non de 4 128, comme c'est le cas à l'heure actuelle.

> 710 000 habitants X 150 admissions/1 000 habitants X 9,6 jours/admission ÷ 0,85 lits occupés ÷ 365 jours = 3 295 lits

Par conséquent, la province compte, en théorie, un nombre considérablement excédentaire de lits d'hôpitaux à l'heure actuelle; comme le démontrent les calculs ci-dessous, l'augmentation de la population d'ici l'an 2001 ne modifiera pas tellement cette situation.

> 736 000 habitants (prévision pour 2001) x 150 admissions/ 1 000 habitants x 9,6 jours/admission ÷ 0,85 lits occupés ÷ 365 jours = 3 415 lits

À notre avis, on pourra effecteur cette réduction du nombre de lits d'hôpitaux malgré les répercussions du vieillissement de la population énoncées au chapitre 3.

Cedependent, on ne pourra appliquer cette mesure que si l'on adopte les recommandations formulés aux chapitres 11, 13, 14, 16, et 17.

Le processus de vérification opérationnelle et de revue de la base budgétaire

On pourrait améliorer ce processus afin d'en tirer tous les avantages possibles. l'heure actuelle, les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Services communautaires sont seuls responsables de cette vérification. Ils doivent continuer d'y participer puisqu'ils disposent des connaissances nécessaires sur le fonctionnement des hôpitaux; toutefois, leur position d'agent des finances du gouvernement pourrait entacher leur capacité de déterminer objectivement les ressources nécessaires aux hôpitaux.

On pourrait aussi, dans le cadre de ce processus d'étude et de vérification, se pencher rétrospectivement sur l'efficacité des mesures de gestion de l'utilisation des hôpitaux.

Par conséquent, **nous recommandons :**

Que le processus de vérification opérationnelle et de revue de la base budgétaire des hôpitaux comprenne l'examen de l'efficacité des mesures de gestion de l'utilisation et que l'on améliore l'aspect de l'évaluation du rendement opérationnel.

Que des tierces parties, comme des services d'experts-conseils en santé ou de nouveaux employés du Bureau du vérificateur général, participent à ce programme ou même en prennent la direction.

Ontario Hospital Association, Ontario Medical Association, Ontario Ministry of Health and Hospital Medical Records Institute. Guide for Hospital Utilization Review and Management in Ontario. Ontario, 1988.

CHAPITRE 17

L'amélioration de la structure et du fonctionnement des hopitaux

Introduction

Les hôpitaux sont des établissements complexes et coûteux. Leur capacité de limiter leurs dépenses et de faire des choix entre les nombreux programmes et services qui s'offrent à eux a une incidence prépondérante sur le coût des services de santé. Les hôpitaux emploient beaucoup de personnel et consacrent les trois quarts de leur budget aux salaires et avantages sociaux. On voit que la dotation en personnel et la rémunération sont des facteurs déterminants du niveau de dépenses du réseau hospitalier.

Les médecins jouent un rôle de premier plan dans les décisions touchant l'ampleur de l'utilisation des services hospitaliers et, par conséquent, dans leurs coûts de fonctionnement.

Nous nous pencherons tout particulièrement sur la répartition du travail dans les hôpitaux et sur le rôle des médecins dans la gestion des services hospitaliers. Nous proposerons certaines mesures directes pour limiter le coût des matériaux et fournitures et du matériel utilisés dans les hôpitaux.

La répartition du travail

Nous nous inquiétons de la tendance qui vise apparemment à éliminer les infirmières et infirmiers auxiliaires (IAI) du personnel qui dispense des soins directs aux patients dans la province. La plupart des hôpitaux semblent compter une bien plus forte proportion d'infirmières et d'infirmiers enregistrés (IE) par rapport aux infirmières et infirmiers auxiliaires (certains atteignant même 100 pour cent) que ne l'exige le rapport servant de base à la budgétisation, soit 60/40. Cette situation a une incidence importante sur les coûts, étant donné que la différence de salaire entre les deux professions se chiffre à environ 7 000 $ par année.

On peut justifier cette tendance dans une certaine mesure par la gravité de l'état des malades soignés dans les hôpitaux, mais celle-ci a aussi beaucoup à voir avec le mouvement de «professionnalisation» de la profession infirmière. A la suite de la récente décision de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick d'emboîter le pas au mouvement national qui exigera l'obtention d'un baccalauréat comme préalable à l'exercice de la profession d'ici l'an 2000, les conséquences finan-

cières de la diminution du nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires cause des inquiétudes encore plus grandes (si l'on présume que les diplômés universitaires exigeront de meilleurs salaires que les autres infirmières et infirmiers).

Afin que les infirmières et infirmiers auxiliaires continuent de participer aux soins des patients hospitalisés, **nous recommandons :**

> **Que le ministère de la Santé et des Services communautaires collabore avec l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés du Nouveau-Brunswick en vue de financer des recherches indépendantes sur l'élaboration de modèles rentables de soins infirmiers dans différents contextes hospitaliers, y compris l'Hôpital extra-mural.**
>
> **Que les cadres supérieurs et les gestionnaires des soins infirmiers de chaque hôpital réévaluent la composition actuelle de leur personnel infirmier afin de s'assurer que celle-ci satisfasse économiquement les besoins en matière de soins aux malades.**
>
> **Que le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation effectue une révision exhaustive du programme de formation des infirmières et infirmiers auxiliaires afin de s'assurer que les connaissances et les aptitudes des diplômés correspondent aux exigences des employeurs.**

On doit en outre se pencher sur la différenciation des rôles que jouent les médecins et les infirmières et infirmiers. Au cours de nos rencontres avec diverses parties en cause, on nous a dit que les infirmières et infirmiers avaient perdu une certaine part d'autonomie en milieu hospitalier et qu'ils n'assumaient plus des tâches qu'ils sont en mesure d'accomplir et qu'ils souhaitent se voir confier. Nous savons qu'il existait un comité regroupant des représentants des infirmières et infirmiers, des hôpitaux et des médecins qui devait décider des délégations des tâches des médecins aux infirmières et infirmiers. On devrait faire renaître ce comité et en créer de semblables dans chacun des hôpitaux. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que les hôpitaux, les médecins, les infirmières et infirmiers étudient et négocient, sous la direction de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, la délégation des tâches des médecins aux infirmières et infirmiers, à l'échelon provincial et dans chaque hôpital, de sorte à formaliser et à accroître les possibilités d'interventions de la part des infirmières et infirmiers.**

L'évaluation de la charge de travail et les modèles de dotation

L'affectation quotidienne des membres du personnel, notamment des infirmières et infirmiers, ainsi que la budgétisation annuelle des hôpitaux pourraient être améliorées par l'adoption d'une méthode normative d'évaluation de la charge de travail clinique. longue échéance, cette initiative permettra aux hôpitaux de réaliser des économies. On a presque fini d'élaborer de tels mécanismes de répartition de la charge de travail des infirmières et infirmiers dans bon nombre de provinces, mais

leur mise en oeuvre ne semble pas se classer parmi les priorités des hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Nous tenons compte des propositions contenues dans le Plan d'action sur la qualité des conditions de travail des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick et visant la mise en oeuvre de telles méthodes. Cependant, **nous recommandons :**

Que l'on devance l'échéancier proposé par le Comité consultatif sur les ressources infirmières en ce qui concerne l'étude et la mise en oeuvre des méthodes d'évaluation des charges de travail des infirmières et infirmiers. Tous les hôpitaux devront se servir de ces méthodes le plus tôt possible.

Que l'on étudie de façon plus approfondie l'élaboration de critères sur les charges de travail et sur l'évaluation du rendement du personnel non infirmier dans les hôpitaux.

Les services de pastorale

Le Conseil canadien sur l'accréditation des établissements de santé est d'avis que l'on doit offrir aux malades et à leur famille des services de pastorale requis pour leur procurer un soutien spirituel et moral à titre de complément aux soins physiques et mentaux.

L'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick admet que les services de pastorale font partie intégrante des soins prodigués aux malades. Nous sommes aujourd'hui plongés dans une société dynamique et séculière qui vit au rythme de progrès technologiques, théoriques et pratiques inédits dans l'histoire de l'humanité. Dans le réseau des soins de santé, on doit à tout prix réapprendre à mettre l'accent sur la personne plutôt que sur la technologie.

Afin de s'assurer que les soins hospitaliers bénéficient à la personne dans son intégralité, y compris sa dimension spirituelle, et compte tenu du fait que les professionnels de la santé ne peuvent seuls combler tous les besoins des malades, **nous recommandons :**

Que l'on reconnaisse que les services de pastorale sont un élément légitime des budgets et de la dotation en personnel des hôpitaux.

La technologie des communications

Comme nous l'avons mentionné au chapitre 15, nous estimons que l'on peut améliorer l'efficacité de la prestation des soins de santé par l'utilisation de la technologie moderne des communications. En ce qui concerne les services hospitaliers, on devrait favoriser la mise en oeuvre de cette technologie à plusieurs fins, dont les suivantes :

- la transmission rapide entre les hôpitaux des données relatives au dossier des malades et des résultats des actes diagnostiques afin d'amenuiser les retards dans les traitements et le dédoublement de ces actes;

- la mise en application en commun des programmes de formation du personnel;

- la facilité d'accès aux services spécialisés de consultation et de diagnostic dans les établissements régionaux et de soins tertiaires (citons en exemple les établissements de Saint John et de Moncton qui gèrent les électrocardiogrammes pour les hôpitaux de toute la province, et les échocardiogrammes que réalise le Izaak Walton Killam Childrens' Hospital de Halifax au bénéfice des patients en pédiatrie de l'hôpital régional de Saint John);

- le regroupement de services spécialisés dans un moins grand nombre de centres.

En vue d'étudier à fond ces possibilités de raccourcir les séjours à l'hôpital et de minimiser le dédoublement des coûteux services spécialisés, **nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un groupe de travail qui identifiera les possibilités d'utilisation rentable de la technologie des communications et qui rédigera un plan de mise en oeuvre dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

Que ce groupe de travail soit composé de représentants de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ainsi que de conseillers de l'extérieur qui sont experts de la technologie des communications dans le domaine des services de santé.

Le coût du matériel, des matériaux et des fournitures

L'achat de médicaments, de matériaux et de fournitures médicales, chirurgicales et autres accapare le quart des dépenses des hôpitaux se chiffrant dans l'ensemble, en 1987-1988, à 126,7 millions de dollars. En outre, le ministère de la Santé et des Services communautaires a prévu consacrer, en 1989-1990, une somme de 9,2 millions de dollars à l'achat de matériel de remplacement, ce qui représente environ les trois quarts du montant total que les hôpitaux consacreront à l'acquisition de matériel.

La quantité de fournitures que l'on utilise dépend de très près de la somme des services dispensés; par conséquent, les mesures proposées dans le présent rapport en vue de réduire l'utilisation des hôpitaux auront des incidences directes sur ces coûts. Nous estimons que l'on peut réaliser d'autres économies en ayant recours aux achats en groupe. Par conséquent, afin que les hôpitaux bénéficient des meilleurs prix possibles lors de l'achat de matériaux et fournitures, **nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires donne son appui à l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick dans la recherche d'autres possibilités en matière d'achats en groupe et de normalisation des produits utilisés dans les hôpitaux.

Même si les sommes consacrées à l'achat de matériel peuvent sembler relativement minimes, il faut constater les besoins en main d'oeuvre pour son fonctionnement et

son entretien, ainsi que l'achat de matériaux et de fournitures que cela comporte. Certains avis qui nous ont été présentés nous portent à conclure que l'on doit améliorer de beaucoup le choix, l'entretien et l'utilisation du matériel clinique.

Le Nouveau-Brunswick ne peut de lui-même entreprendre une évaluation exhaustive de la nouvelle technologie en vue de déterminer le bien-fondé de son acquisition éventuelle par les hôpitaux de la province. Toutefois, le gouvernement devrait continuer d'exercer des pressions en vue de la mise sur pied d'un centre national d'évaluation des nouvelles techniques.

Cependant, on doit adopter des mécanismes plus efficaces à l'échelon provincial en vue de décider du moment et de l'endroit de la mise en oeuvre de la nouvelle technologie, et d'élaborer et de diffuser aux médecins et aux hôpitaux des lignes directrices pour un usage à bon escient. Nous réalisons qu'il est difficile actuellement d'accéder à la rentabilité en termes de matériel étant donné la quasi-absence de critères d'évaluation. **Nous recommandons:**

> **Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé prenne l'initiative de mettre en oeuvre une approche de dimension provinciale en vue de l'application des nouvelles technologies et ce en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services communautaires, l'Institute of Bio-Medical Engineering de l'Université du Nouveau-Brunswick, l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.**

> **Que l'on n'utilise aucune nouvelle technologie à moins d'avoir prouvé qu'elle répond à un besoin et qu'elle est le plus possible rentable.**

On doit tenir compte de l'entretien et de l'amélioration du matériel si l'on souhaite en obtenir un rendement optimal. Nous avons été impressionnés par les activités des services de génie clinique dans certaines régions. Il semble que ces services puissent être utilisés encore plus; par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick mette sur pied un groupe de travail, avec la participation du personnel des services régionaux de génie clinique et du ministère de la Santé et des Services communautaires, en vue de déterminer la façon de bénéficier davantage des services de génie clinique.**

Le partage des ressources

À cet égard, on doit porter une attention toute particulière aux services des laboratoires médicaux. Au cours des dernières années, on a noté une tendance visant à décentraliser la prestation des épreuves spécialisées. On a formulé des inquiétudes quant à l'incidence négative d'une telle tendance sur la qualité et l'efficacité du travail des laboratoires. L'ampleur de la décentralisation est restreinte par la difficulté d'attirer du personnel de laboratoire médical et scientifique très spécialisé dans les régions excentriques. Par ailleurs, on pourrait regrouper un grand nombre d'analyses très techniques moins pressantes dans quelques laboratoires. **Nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires entreprenne en oeuvre une étude des possibilités rentables de regrouper les services de laboratoires médicaux tout en conservant des critères élevés de qualité et de rapidité en ce qui concerne la disponibilité des résultats.

On devrait aussi se pencher sur le partage des ressources en ce qui concerne les services des médecins spécialistes.. Nous avons parlé au chapitre 11 de la réduction du nombre de régions sanitaires et de la nécessité de mettre à jour le Plan directeur des services hospitaliers. Nous avons formulé ces recommandations à la lumière des difficultés que comportent le recrutement des spécialistes dans plusieurs endroits de la province et le besoin de leur offrir un bassin de population suffisant pour leur assurer une pratique rentable. On doit consacrer davantage d'attention à l'officialisation des services de consultation des spécialistes auprès des médecins de soins primaires pratiquant à l'extérieur des centres régionaux de sorte à ce que tous les habitants de la province aient un accès raisonnable à leurs services. **Nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, élabore des lignes directrices à l'intention des hôpitaux régionaux et de leurs spécialistes en vue de fournir des services de consultation aux médecins de soins primaires et aux hôpitaux locaux et de district de la région.

Nous nous inquiétons aussi du dédoublement des services qu'offrent des hôpitaux situés à proximité les uns des autres. Les recommandations que nous avons formulées dans le présent rapport, en particulier celles qui sont énumérées au chapitre 11 en ce qui a trait au Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé et les Comités locaux de planification en matière de santé, permettront d'attaquer ce problème.

Les médecins et les gestionnaires

Tout au long du présent rapport, nous avons souvent parlé de l'incidence des décisions des médecins sur la fréquentation des hôpitaux, et par conséquent, sur la limitation des coûts. A la lumière de cette situation, nous avons suggéré des méthodes de participation à la gestion de l'utilisation. En outre, on doit accroître les responsabilités des chefs de servicess en ce qui concerne la gestion financière du domaine clinique qui leur incombe. Cette exigence devient de plus en plus pressante, au fur et à mesure que les soins prodigués par les hôpitaux se multiplient et deviennent plus complexes.

Afin d'appliquer dans la pratique la notion de responsabilité du médecin, on doit faire appel à des structures et à des ressources supplémentaires afin de compenser le temps que les médecins consacrent à ces activités. Au Canada, certaines expériences en ce sens ont été tentées au Health Sciences Centre de Winnipeg et à l'hôpital Sunnybrook de Toronto. **Nous recommandons :**

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, le Collège des médecins et

chirurgiens du Nouveau-Brunswick et la Société médicale du Nouveau-Brunswick élaborent conjointement des structures et des méthodes de compensation de l'activité gestionnaire de la participation des médecins, afin de permettre à ces derniers de prendre davantage part à la gestion des trois niveaux de services hospitaliers (régionaux, de district et communautaires).

Les recettes des hôpitaux

La Loi canadienne sur la santé impose des pénalités aux provinces qui ont recours à des tickets-modérateurs pour les services médicaux essentiels; cependant, les hôpitaux peuvent compter sur des recettes d'autres sources. Parmi celles-ci, soulignons la location d'espaces inutilisés à des fins diverses, notamment :

- Des bureaux pour les organismes de santé publique, de santé mentale et pour les unités de l'Hôpital extra-mural (ce qui facilite en outre les communications).
- Des cabinets privés de médecins ou de dentistes.
- Certains commerces comme des pharmacies ou des banques.
- L'installation de centres de santé communautaire.

On devra offrir des mesures incitatives aux hôpitaux afin que ceux-ci profitent de ces occasions; par exemple, on pourrait leur permettre de conserver une portion de leurs recettes qu'ils ne sont pas obligés de consacrer à des dépenses de fonctionnement.

Nous recommandons :

Qu'on incite les hôpitaux à mettre en oeuvre des activités lucratives par l'utilisation d'espaces vacants, et qu'on leur permette de conserver 50 pour cent de ces recettes.

The Nurses Resources Avisory Committee. Action Plan on Quality of Worklife Issues of Nurses in New Brunswick. September, 1988.

CHAPITRE 18

Mesures de réduction des coûts de l'Assurance-maladie

Introduction

L'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick couvre quelques services offerts par les optométristes et les dentistes mais plus de 99 pour cent des sommes qui sont consacrées sont versées en contrepartie de services rendus par les médecins. On peut calculer ce coût à l'aide d'une formule très simple : le coût égale les honoraires multipliés par l'utilisation des services. Si on souhaite réduire les coûts, on n'a qu'à examiner deux facteurs : les honoraires et l'utilisation.

Les honoraires

Les mémoires qui nous ont été présentés contenaient souvent des recommandations visant à modifier la méthode de rémunération des médecins. Le plus souvent, on souhaitait que les médecins soient salariés. D'autres propositions portaient sur le versement d'une rémunération proportionnelle au bassin de population. La majorité de ces recommandations tenaient pour acquis que ces méthodes inciteraient moins les médecins à voir un grand nombre de patients et permettraient à d'autres professionnels facturant des honoraires moins élevés d'assumer la responsabilité de services non curatifs tels que l'éducation et l'immunisation. Pourtant, aucune d'entre elles n'était avancée comme étant un moyen de réaliser des économies à courte échéance. En outre la documentation et le simple raisonnement économique n'affirment pas qu'on trouvera ici des mesures visant à réaliser des économies à court terme.

Le Nouveau-Brunswick offre le quatrième barème d'honoraires le plus bas au Canada et les coûts de l'Assurance-maladie se classent au deuxième avant-dernier rang par habitant au pays. Le revenu moyen des médecins de la province est le deuxième en importance au Canada, mais ce rang n'est attribuable qu'au nombre de services qu'ils dispensent (le haut niveau de productivité). En résumé, par rapport au Canada, le Nouveau-Brunswick se procure beaucoup de services auprès d'un nombre relativement restreint de médecins à des prix très intéressants.

Même si le nombre total de médecins au Nouveau-Brunswick se rapproche du niveau idéal, certains secteurs géographiques, linguistiques et spécialisés accusent encore des carences flagrantes. Si l'on décide de modifier considérablement le mode de rémunération des médecins, on risque de nuire aux programmes de recrutement ou

de provoquer une émigration. Les médecins peuvent encore facilement décider de s'établir dans une autre province.

Pour toutes ces raisons, nous ne recommandons pas de modifier de façon radicale la méthode de paiement des services des médecins. Toutefois, nous devons reconnaître le bien-fondé de certains arguments visant le changement des mécanismes de rémunération des médecins. Dans plusieurs mémoires, on soulignait que le rôle prépondérant des médecins consiste à soigner les personnes qui sont malades. De nombreux médecins ne peuvent consacrer le temps qu'ils devraient ou souhaiteraient réserver au traitement de leurs malades; ils sont trop occupés à dispenser des services qui pourraient être offerts par d'autres professionnels. Par conséquent, **nous recommandons :**

> **Que l'on conserve le mécanisme de facturation à l'acte, mais que l'on donne davantage d'occasions aux médecins qui souhaitent le faire d'offrir des soins primaires tout en étant payés à salaire ou à vacation, comme nous l'avons recommandé au chapitre 14.**

L'utilisation

Causes de l'augmentation

Dans le cadre de la présente discussion, le terme «utilisation» signifie l'usage global que l'on fait des services des médecins. L'utilisation a augmenté progressivement au cours des cinq années allant de 1982 à 1987; cette hausse se chiffre à 4,9 pour cent chaque année et atteint 27 pour cent pour l'ensemble de cette période. L'incidence budgétaire de cette augmentation s'élève à 21,5 millions de dollars. Si l'on tient compte du taux d'utilisation de 1982, cette somme permettrait d'offrir des services à 140 000 personnes de plus au Nouveau-Brunswick. Une telle hausse de l'utilisation peut être attribuée à trois facteurs:

> Accroissement de l'utilisation de la part des malades. L'analyse des données néo-brunswickoises montre que ce facteur a connu une augmentation annuelle de 4,5 pour cent entre 1982 et 1987, soit une hausse totale de 24,8 pour cent.
>
> Augmentation de la prestation totale de services par des médecins déjà installés. Cette expression vise les médecins qui pratiquent à l'endroit où ils sont actuellement et qui offrent essentiellement les mêmes services depuis au moins trois ans. Les faits démontrent que ce facteur a aussi augmenté considérablement depuis quelques années, soit de 2,9 pour cent en 1986-1987 et de 0,8 pour cent en 1987-1988.
>
> Augmentation du nombre de médecins. Ce facteur a le plus d'incidence sur l'accroissement de l'utilisation. Les médecins qui se sont établis dans la province en 1986-1987 ont été responsables d'une hausse de 4,8 pour cent de l'utilisation des services des praticiens au cours de leur première année complète de pratique (1987-1988). Même si l'augmentation de la population de la province n'a été que très légère (environ un pourcent par année) depuis 1971, le nombre de médecins s'est accru d'environ trois

pour cent annuellement. L'écart entre ces données s'est élargi au cours des cinq dernières années. En termes de dollars courants, les coûts attribuables à l'établissement des nouveaux médecins au cours des cinq dernières années s'élèvent à environ 13 millions de dollars.

Nous estimons qu'il s'impose de limiter le nombre de médecins qui exercent dans la province si l'on souhaite restreindre les coûts attribuables à l'Assurance-maladie. On ne doit cependant pas, pour ce faire, adopter des mesures arbitraires. Il est impossible d'effectuer une nouvelle répartition des médecins exerçant actuellement dans la province; il faudra donc avoir recours au recrutement afin de combler les besoins des régions défavorisées. On doit d'abord reconnaître celles-ci en tout réalisme avec l'aide de la profession médicale.

Limitation de l'utilisation

Il faut se rendre compte que les malades et les médecins auront toujours l'impression qu'il y a pénurie de praticiens. Tant et aussi longtemps que nous chercherons à augmenter le nombre de médecins exerçant dans la province, nous provoquerons un accroissement de l'utilisation de leurs services. Il importe peu que cette situation soit attribuable aux malades ou aux médecins. Celle-ci est inévitable dans un réseau sans limite comme celui que nous avons. Les médecins doivent accepter le fait qu'ils devront toujours exercer leur profession sous la pression et le stress que leur impose la demande de plus de services qu'ils ne peuvent en offrir. Au cours des deux dernières décennies, on a réagi à cette situation en recrutant de nouveaux médecins; cette tendance doit maintenant être freinée.

Les étapes en vue de limiter l'utilisation sont les suivantes:

- matière de main-d'oeuvre comme nous l'avons mentionné au chapitre 13. Celle-ci doit être effectuée de façon à satisfaire les médecins exerçant actuellement dans la province et qui sont représentés par la Société médicale du Nouveau-Brunswick.

- des données sur l'utilisation, lesquelles doivent être partagées avec la Société médicale du Nouveau-Brunswick. La profession médicale a l'occasion de mettre en oeuvre un système de révision par les pairs des problèmes apparents en matière d'utilisation de traitements ou d'actes médicaux précis et des habitudes de pratique de chacun des médecins.

- devenir l'un des facteurs dans la négociation de contrats par l'Assurance-maladie. On a fait des expériences en ce qui concerne les méthodes reliant les niveaux d'utilisation et la croissance des honoraires des médecins en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario et au Québec.

- des éléments contribuant à l'accroissement de l'utilisation.

Nous estimons que l'on devrait d'abord mettre en oeuvre un mécanisme de révision par les pairs en vue de limiter l'utilisation, sans qu'il faille aller aussi loin que d'autres provinces, et nous sommes persuadés que la profession médicale au Nouveau-Brunswick peut efficacement mettre cette solution en pratique.

Nous recommandons :

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires et la Société médicale du Nouveau-Brunswick entreprennent conjointement une étude des schémas d'utilisation, y compris des habitudes en matière de prescription de médicaments, à l'aide des données recueillies par suite des recommandations formulées au chapitre 12.

Que le Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie et le Comité de révision sur l'usage des médicaments élargissent leur champ d'action de sorte à élaborer et à mettre en oeuvre d'autres mesures visant à restreindre, par l'entremise d'un mécanisme de révision par les pairs, la mauvaise utilisation des services.

Que l'on discute des données relatives à l'utilisation au cours des négociations de contrats par l'Assurance-maladie.

Jonathan Lomas, Catherine Fooks, Thomas Rice, Roberts J. Labelle, "Minding our Ps and Qs: Simultaneous Control of Price and Quantity of Physician Services in Canada". Ontario, 1989.

Health Policy Research Unit, Division of Health Services Research and Development, Office of the Coordinator of Health Sciences. The John F. McCreary Health Sciences Centre. The University of British Columbia. "Squaring the Circle: Reconciling Fee-For-Service with Global Expenditure Control". Vancouver, August, 1988.

CHAPITRE 19

Les relations avec les autres gouvernements

Introduction

Le Nouveau-Brunswick ne peut effectuer seul certains des changements indispensables à la réduction des coûts du réseau de soins de santé. Il est préférable de régler certaines questions à l'échelon régional, et d'autres, à l'échelon national.

Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province

Bon nombre de patients néo-brunswickois reçoivent à l'heure actuelle des traitements à l'extérieur de la province. Certains d'entre eux bénéficient de soins spécialisés coûteux, comme des greffes d'organes, et d'autres services hospitaliers qui ne sont pas offerts au Nouveau-Brunswick. On vise à ce que les services hospitaliers offerts ailleurs au Canada soient abordables pour les patients du Nouveau-Brunswick et à ce que les néo-brunswickois admissibles puissent disposer d'une aide financière lorsqu'ils reçoivent des soins hospitaliers à l'extérieur du Canada. Le budget de 1989-1990, au chapitre des versements effectués aux hôpitaux situés hors de la province, se chiffre à 29,4 millions de dollars. Ce programme est essentiel étant donné que le Nouveau-Brunswick ne peut pas dispenser certains services tertiaires.

On peut prendre pour exemple de centre d'excellence pour la prestation de services tertiaires dans les provinces Maritimes le Izaak Walton Killam Children's Hospital, qui prodigue des soins qu'aucune des provinces touchées ne pourrait probablement offrir d'elle-même. Ce centre dispense des services interprovinciaux hautement spécialisés en matière de diagnostic, de traitement, de recherche et d'éducation. Près de 25 pour cent de ses patients viennent du Nouveau-Brunswick et de l'Ile-du-Prince-Édouard; ces provinces y consacrent un financement à peu près proportionnel. Au cours de l'année 1985-1986, 809 congés et 11 205 jours d'hospitalisation étaient attribuables à des patients dirigés par des médecins du Nouveau-Brunswick. Le conseil d'administration de cet hôpital est composé de représentants des provinces Maritimes et il se propose d'augmenter la capacité de l'hôpital de recevoir des malades francophones. Ce centre fournit donc au Nouveau-Brunswick des services que la province ne pourrait s'offrir à cause de leurs coûts et de leur fréquentation.

On doit étudier plus sérieusement la nécessité de déterminer les services qui pourraient être offerts en collaboration avec d'autres provinces et le besoin de mettre sur pied de moyens de transport appropriés.

La Collaboration régionale en matière de santé

On serait mieux en mesure d'offrir en collaboration avec d'autres compétences, en particulier les autres provinces Maritimes et le Québec, les services de santé qui nécessitent une masse critique de population ou des ressources financières plus importantes que celles qui se trouvent actuellement au Nouveau-Brunswick. Nous avons dégagé les quatre domaines suivants qui devraient faire l'objet de services interprovinciaux. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que l'on améliore la collaboration entre les provinces dans les domaines suivants :

- **La prise de décisions quant à la nature et à l'emplacement des services tertiaires.**
- **La formation des ressources humaines et la planification dans ce domaine.**
- **La recherche sur les services de santé.**
- **L'officialisation des ententes conclues entre le Nouveau-Brunswick et les facultés de médecine.**

Le Conseil des premiers ministres des Maritimes pourrait se pencher sur certaines de ces initiatives interprovinciales.

On nous a dit que la Commission royale d'enquête sur les soins de santé de la Nouvelle-Écosse envisageait de semblables ententes coopératives.

Les échanges de données et d'idées entre les provinces

Au cours de la rencontre des conseils et des commissions de la santé qui s'est déroulée en Alberta et à laquelle assistaient certains commissaires et directeurs administratifs, on a discuté de la nécessité d'organiser une tribune permettant l'échange direct de données et d'idées entre les provinces dans un contexte dénué d'intervention gouvernementale. Cette tribune ferait appel à la participation des planificateurs, des dispensateurs et des bénéficiaires.

Nous croyons que cette initiative pourrait être utile à la province. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que le Nouveau-Brunswick prenne part à la mise sur pied d'une tribune d'échanges de données et d'idées sur les services de santé regroupant les provinces dans un contexte dénué d'intervention gouvernementale.

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé s'occupe de la participation de la province à cette tribune.

La participation et l'aide financière du gouvernement fédéral

Il va sans dire que le gouvernement fédéral, en insistant sur le maintien d'un réseau universel de soins de santé financé à même les deniers publics dans le cadre des limites imposées par la Loi canadienne sur la santé, tout en réduisant sa contribution

réelle aux coûts des soins de santé, a taxé lourdement la capacité qu'a le Nouveau-Brunswick de financer ce réseau.

À titre de solution de rechange ou de mesure additionnelle à la demande qu'ont récemment formulée les premiers ministres provinciaux en vue de contraindre le gouvernement fédéral à accroître sa contribution aux coûts des soins de santé par la remise en vigueur de la formule directement proportionnelle à l'accroissement du produit national brut (PNB), **nous recommandons :**

Que l'on étudie la possibilité de proposer :

- **une étude financée par le fédéral en vue d'examiner les incidences d'un vaste éventail de politiques sur l'état de santé collectif, d'améliorer la rentabilité des investissements dans le domaine de la santé et d'expliquer à la population la nécessité de restreindre les coûts des services de santé;**

- **une contribution financière du fédéral au Fonds d'innovation décrit au chapitre 11;**

- **une contribution financière du fédéral à des activités non reliées à la santé mais qui sont plus rentables en termes d'amélioration de la santé publique que les dépenses consacrées à la maladie et aux blessures; ces activités toucheraient, par exemple, la santé en milieu de travail et l'amélioration de l'environnement.**

- **si l'on estime que les niveaux actuels de péréquation sont acceptables en période de croissance économique, ils devraient être assortis de contributions accrues lorsque le PNB est stagnant ou lorsqu'il enregistre une croissance modeste.**

CHAPITRE 20

La promotion de la santé et l'éducation sanitaire

Introduction

Les recommandations énoncées dans les chapitres précédents portent sur la structure et la prestation des services de soins de santé. Nous avons parlé, au chapitre 5, des nombreux facteurs extérieurs au réseau lui-même qui ont une incidence sur la santé de la population. Le présent chapitre aborde l'étude de ces facteurs dans une optique d'amélioration de la santé. La promotion d'une bonne santé pour la population et l'éducation à cette fin constituent un sujet très vaste que nous devrons nous contenter d'effleurer.

Un rapport de l'Association des hôpitaux du Canada[1] met de l'avant la définition suivante de la promotion de la santé, laquelle est inspirée d'un énoncé de l'Organisation mondiale de la santé :

> (Notre traduction)
> «La promotion de la santé est la démarche qui vise à permettre aux personnes d'être davantage préoccupées de leur santé et d'améliorer celle-ci.»
>
> «La promotion de la santé est axée sur un engagement favorisant le respect de soi, une vie bien remplie, l'énergie, la faculté d'accepter le changement et de s'y adapter. Les activités de promotion de la santé visent à la fois le mode de vie des personnes et les milieux physiques, politiques et économiques dans lesquels elles évoluent.»

Dans une publication[2] qui a fait date, Santé et Bien-être social Canada décrit de la façon suivante les défis que présente la promotion de la santé :

> «En résumé, la promotion de la santé exige un engagement à relever des défis : réduire les inégalités, élargir le champ de la prévention et aider les gens à se tirer d'affaire. Cela suppose que l'on stimule la participation du public, qu'on améliore les services de santé communautaire et qu'on coordonne les politiques publiques favorables à la santé. Il faut en outre créer des environnements favorables dans lesquels les gens seront plus en mesure de prendre soin d'eux-mêmes, et de s'entraider à résoudre les problèmes collectifs touchant la santé.»

À longue échéance, l'ampleur de l'utilisation et les coûts des soins de santé seront tributaires de l'efficacité des efforts déployés pour améliorer les modes de vie de la population et de réduire son degré d'exposition aux risques. Certes, ces économies sont bien lointaines mais elles n'en restent pas moins réelles. L'adoption d'un programme exhaustif de promotion de la santé et d'éducation sanitaire est essentielle si l'on souhaite récolter ces bénéfices à long terme. En résumé, la promotion et l'éducation visent ultimement à obtenir une population en santé.

Le Conseil du premier ministre de l'Ontario sur la santé[1] prévoit que l'incidence de la promotion de la santé sur la limitation des coûts sera la suivante :

> «A l'heure actuelle, nous ne consacrons qu'une faible proportion des budgets à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Même si des fonds supplémentaires étaient consacrés aux soins curatifs, cela n'entrainerait pas nécessairement une amélioration proportionnelle de la santé des citoyens. Par contre, il a été démontré que des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies peuvent être des moyens à long terme plus efficaces et plus économiques. Nous pouvons améliorer la santé en établissant un meilleur équilibre entre le traitement et la prévention des maladies et la promotion de la santé.»

Les tendances sociales contemporaines

Depuis quelques années, on remarque que la population manifeste un plus grand intérêt pour le maintien de sa santé. De plus en plus de personnes prennent la peine de pratiquer des activités saines et d'adopter un mode de vie en conséquence. Cette tendance se concrétise notamment par le développement de nouvelles installations d'activités collectives de santé et de conditionnement physique, par l'intérêt manifesté envers les régimes alimentaires sains et le contrôle du poids, par la réduction du nombre de fumeurs et par la demande accrue de milieux sans fumée, par l'importance accordée aux problèmes de consommation d'alcool et de drogues et par l'attention et les discussions ouvertes que suscitent les maladies transmises sexuellement.

Par contre, une grande partie de la population continue de négliger sa santé comme en témoigne la consommation répandue (et souvent substituée à un régime sain) de «nourriture-minute», le manque d'exercice, l'obésité, la grande utilisation des produits du tabac (en particulier chez les adolescentes), la poursuite d'activités sexuelles sans protection contre les maladies, la tendance à dépendre des établissements de santé (comme les salles d'urgence) plutôt qu'à prendre soin de soi-même, etc.

Par conséquent, même si certains mouvements ont provoqué dans la population une meilleure prise de conscience à l'égard de sa santé, il reste encore beaucoup à faire.

La responsabilité

Tous les particuliers et les groupes qui s'occupent de services de soins de santé doivent s'engager et collaborer en vue de mettre en oeuvre un programme efficace de promotion de la santé et d'éducation sanitaire. Comme l'indiquait le rapport de l'Association des hôpitaux du Canada, dont il est fait mention ci-dessus :

(Notre traduction)
«Étant donné que la promotion de la santé est un processus conçu de sorte à accroître la capacité de prendre des décisions et à permettre aux personnes d'acquérir les aptitudes nécessaires et la confiance en leur autonomie et étant donné qu'il ne s'agit pas d'un service distinct, elle peut être intégrée à de nombreuses facettes de la prestation des soins de santé et s'inscrire à n'importe quelle étape du continuum santé-maladie.»

Cette responsabilité ne doit pas être assumée seulement par les travailleurs du réseau des soins de santé. Tous ceux qui s'occupent d'autres activités ayant une incidence sur la qualité de la vie et sur la sécurité des milieux de vie et de travail ont un rôle important à jouer à cet égard.

Comme l'indique la publication de Santé et Bien-être social Canada citée ci-dessus :

«Toutes les politiques en relation directe avec la santé doivent être coordonnées. La liste en est longue et comprend, entre autres, des politiques sur la sécurité du revenu, l'emploi, l'éducation, le logement, le commerce, l'agriculture, les transports, la justice et la technologie. Il ne sera pas facile de coordonner les politiques des divers secteurs qui, bien entendu, ont chacun leurs propres priorités. Nous ne devons pas oublier que la santé ne constitue pas nécessairement une priorité pour les autres secteurs. C'est pourquoi nous devons leur rendre les questions de santé intéressantes, en partie avec les mêmes moyens que nous utilisons pour intéresser les gens à faire des choix favorables à leur santé.»

Gouvernement

Les organismes gouvernementaux doivent prendre l'initiative de mettre en oeuvre et de planifier un programme de promotion de la santé et d'éducation sanitaire. Le gouvernement ne pourra y arriver seul. Il doit cependant donner l'exemple et y consacrer une certaine part du financement mais pas la totalité. Les politiques sociales peuvent influencer considérablement les activités des particuliers.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires jouera un rôle déterminant à ce chapitre, lui qui consacre déjà des ressources considérables aux activités de promotion de la santé, notamment dans le cadre de son Programme de santé publique. Son mandat, en ce qui concerne les services sociaux, a aussi une grande importance pour la promotion de la santé. Il importe qu'on ne sous-estime pas le travail qu'effectue le Ministère à l'extérieur des hôpitaux, de l'Assurance-maladie et des programmes de médicaments sur ordonnance; au contraire, on devrait soutenir ces activités et leur donner une plus grande envergure. De faire autrement serait économiquement insoutenable.

De nombreux autres ministères participent déjà au programme ou devraient le faire. A ce titre, le ministère de l'Éducation doit jouer un rôle crucial. Les autres ministères visés sont ceux de l'Environnement, de l'Aide au revenu, du Travail, des Transports, de l'Agriculture, des Pêches et de l'Aquaculture, du Logement et de la Justice.

Établissements de soins de santé

Le rôle des établissements de soins dans la promotion de la santé est décrit brièvement de la façon suivante dans le rapport de l'Association des hôpitaux du Canada que nous avons cité précédemment :

> (Notre traduction)
> «L'adoption d'une philosophie de promotion de la santé dans les établissements de soins exigera qu'on abandonne le modèle médical paradigmatique au profit d'un modèle de santé holistique, qu'on laisse de côté la mission de prestation de soins médicaux pour s'attarder à l'amélioration de la santé, qu'on s'écarte de la culture axée sur la primauté du médecin pour accorder la priorité à l'individu, et qu'on se penche sur la gestion des résultats en matière de santé plutôt que sur les processus centraux de gestion des ressources et des services des médecins et des autres professionnels.»

> «Les établissements de soins peuvent faire la promotion de la santé dans leur collectivité, notamment en intégrant leurs services aux autres programmes offerts dans le milieu, en suscitant la participation de la population aux décisions en matière de planification de la santé, en complétant les services nécessaires comme les soins à domicile et les programmes communautaires, et en faisant des pressions en vue de susciter des changements dans les milieux qui ne sont pas propices à la santé.»

Médecins

Comme c'est le cas pour toutes les questions ayant trait à la santé, les médecins jouent un rôle important en offrant à leurs malades des conseils sur leur bien-être et sur une vie saine. Leur participation à toutes les activités de promotion de la santé, qu'elles soient le fait du gouvernement, des maisons d'enseignement, des établissements de soins ou des secteurs privé et public, est essentielle si l'on veut s'assurer que les responsables du programme orientent leurs efforts dans la bonne direction. Tout programme de promotion de la santé repose largement sur des avis médicaux élémentaires.

Groupes communautaires et établissements privés

Ces groupes peuvent contribuer grandement à des programmes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, et ils le font. Beaucoup d'organismes, de sociétés, de groupes communautaires et d'autres regroupements s'intéressent à diverses facettes de notre vie sociale. Certains d'entre eux ont une plus grande influence sur notre mode de vie que d'autres. Bon nombre d'entre eux ont des objectifs précis reliés à la santé, à la promotion de celle-ci ou à celle de modes de vie sains. On devrait promouvoir, intensifier et soutenir les activités de ces groupes. Ils bénéficient déjà d'un certain financement de la part du gouvernement. Lorsqu'on est en mesure de démontrer que leurs activités entraînent des gains réels ou possibles en matière de santé, les sommes qu'on leur consacre sont dépensées à bon escient et permettent de réaliser des économies à longue échéance en ce qui concerne les dépenses directes de soins de santé.

Commerce et industrie

Ce secteur de notre société joue un rôle important dans le cadre du programme, en particulier en ce qui a trait à la salubrité des lieux de travail, à la sécurité des conditions de travail et à la publicité sur la santé. Le commerce et l'industrie doivent maintenir et intensifier leur rôle dans la promotion de modes de vie sains.

Le rôle du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé

Le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé est tout désigné pour assumer le rôle de chef en file de la promotion et de l'éducation. Il rassemble des représentants du gouvernement, des dispensateurs et des citoyens qui ont tous leur mot à dire dans un programme efficace. Il est donc bien placé pour orienter et encourager le travail de tous les responsables du programme.

Les principales cibles du programme de promotion de la santé et d'éducation sanitaire

Comme dans le cadre de tout programme de relations publiques, il importe de cibler les personnes ou les groupes que l'on veut atteindre. On trouvera ci-dessous les cibles les plus importantes à nos yeux :

Personnes à faibles revenus

De nombreuses études ont démontré que les problèmes de santé touchent davantage les personnes à faibles revenus que les mieux nantis. L'espérance de vie de ces personnes est plus courte, elles sont davantage frappées de handicaps et elles courent plus de risques de contracter des maladies et d'être hospitalisées.

A cet égard, le Nouveau-Brunswick éprouve des difficultés plus importantes que d'autres régions. Le rapport intitulé «Vers l'an 2000», publié récemment par le gouvernement du Nouveau-Brunswick, signale qu'un résident sur sept vit sous le seuil de la pauvreté dans la province, que 10 pour cent de la population reçoit des prestations d'aide sociale, que les deux tiers des chefs de famille vivant de l'aide sociale ont une scolarité ne dépassant pas la dixième année, que 17 000 jeunes de 15 à 24 ans n'ont pas d'emploi et que la moitié des jeunes gens qui arrivent sur le marché du travail n'ont pas terminé leurs études.

Même si la solution à ces problèmes est d'abord et avant tout d'ordre économique, il est évident que les personnes à faibles revenus doivent être l'un des principaux groupes-cibles du programme de promotion de la santé et d'éducation sanitaire. Elles font déjà l'objet de nombreuses activités privées et publiques de promotion et d'éducation; on devrait favoriser et intensifier celles-ci.

Enfants d'âge scolaire

Comme le dit l'adage, ce que nous apprenons à l'école nous sert toute la vie. Ainsi, l'apprentissage précoce de bonnes habitudes de santé favorise l'adoption d'un mode de vie sain. C'est la raison pour laquelle l'enseignement sanitaire dans les écoles est l'une des facettes cruciales de tout programme de promotion et d'éducation.

Un sondage réalisé récemment aux États-Unis[4] montre que les élèves de la 3e à la 12e année qui ont suivi un programme d'éducation sanitaire pendant trois ans ou plus sont moins enclins à consommer de l'alcool, à fumer du tabac, à prendre des drogues et à monter en voiture avec un conducteur qui a pris de l'alcool que ne le sont les enfants du même âge n'ayant suivi ce genre de cours que pendant un an ou moins. En outre, ils sont davantage portés à faire régulièrement de l'exercice, à boucler leur ceinture de sécurité, à déjeuner chaque matin, à se laver régulièrement les dents, à dire qu'ils ont modifié leurs habitudes afin d'améliorer leur bien-être et à affirmer qu'ils maîtrisent bien leur propre état de santé.

Le ministère de l'Éducation du Nouveau-Brunswick a adopté un programme d'éducation sanitaire exhaustif qui comprend un programme élémentaire conçu pour les élèves de la première à la sixième année, et un autre plus avancé destiné aux jeunes du secondaire premier et deuxième cycles. On devrait soutenir et intensifier ce programme de sorte à ce qu'il soit dispensé à tous les enfants d'âge scolaire et on devrait y consacrer un financement suffisant afin de s'assurer qu'il atteigne ses objectifs.

Parents

Il ne sert à rien d'inculquer aux jeunes des modes de vie sains si les parents ne collaborent pas en appliquant à la maison les leçons que leurs enfants ont apprises à l'école. Nous pensons que de nombreux enfants du Nouveau-Brunswick sont soumis à un piètre régime alimentaire lorsqu'ils rentrent à la maison, qu'ils ne déjeunent pas, qu'ils sont victimes de négligence et qu'ils doivent vivre dans des conditions de vie malsaines attribuables au fait que leurs parents n'ont pas reçu d'éducation à un mode de vie sain. Une facette du programme de promotion et d'éducation devrait être consacrée à ce problème.

Soins pré- et postnatals et soin des bébés

Le ministère de la Santé et des Services communautaires offre déjà certains programmes de cette nature, à l'instar de quelques organismes privés comme les Infirmières de l'Ordre de Victoria. Ils prennent la forme de cours pré et post-natals ainsi que de cliniques sur le soin des bébés et de cliniques préscolaires. On devrait aussi soutenir et intensifier ces programmes de sorte à éviter que les mères et leurs bébés imposent une pression superflue au réseau des soins de santé.

Les personnes âgées

Les problèmes particuliers qu'éprouve ce groupe nécessitent une attention toute spéciale. Nos personnes âgées doivent avoir accès aux renseignements et aux directives leur permettant de faire face à des problèmes tels la nécessité de demeurer actif, la consommation appropriée de médicaments, les dangers de la surconsommation de médicaments sur ordonnance, et les malaises chroniques ainsi que les handicaps qu'elles peuvent entraîner. Les personnes du troisième âge ont besoin de services de counselling et elles doivent savoir à qui s'adresser et comment procéder lorsqu'elles ont besoin d'aide.

Les personnes handicapées

Le programme de promotion et d'éducation doit de toute évidence tenir compte des problèmes qu'éprouve ce groupe.

La population en général

On doit se pencher sur bon nombre d'autres facteurs touchant les questions de santé et en informer les établissements publics et privés de sorte que ceux-ci puissent prendre les mesures qui s'imposent. On accomplit beaucoup de travail à ce chapitre à l'heure actuelle et ces activités devraient être soutenues et intensifiées.

Voici une liste de secteurs particuliers :

- Sécurité dans les transports : la promotion de conditions de sécurité en vue d'éviter les décès et les blessures sur la route est une occasion tout indiquée de réaliser des améliorations considérables à courte échéance.
- Dangers environnementaux : on devrait se pencher sérieusement sur leur reconnaissance, leur réduction et sur la capacité de les contrer.
- Stress : notre façon de composer avec ce facteur a beaucoup d'influence sur notre santé.
- Consommation de drogues et d'alcool : beaucoup de travail se fait à ce propos.
- Dangers du tabac : beaucoup de travail a déjà été fait, comme en atteste la réduction du nombre des fumeurs.
- Dangers au travail : beaucoup d'efforts sont déjà déployés en matière de promotion de la sécurité des conditions et des habitudes de travail.
- Activités récréatives : l'exercice permet de se maintenir en santé.
- Alimentation : l'acquisition de saines habitudes alimentaires.
- Counselling en conditionnement physique : la population a besoin de conseils objectifs et dénués de motivation commerciale en matière de conditionnement physique et d'alimentation afin de neutraliser la publicité visant à vendre du matériel et des programmes de qualité douteuse.

Les études et la recherches

La promotion de la santé et l'éducation sanitaire ont fait l'objet de nombreuses recherches et d'une foule d'études, y compris celles qui sont mentionnées dans le présent chapitre. Le Nouveau-Brunswick n'a donc pas à refaire tout ce travail. Nous devrions tirer profit de ces recherches en vue dé dégager les mesures qui s'imposent dans la province. Il suffit d'établir une relation entre les recherches courantes et la situation du Nouveau-Brunswick pour enfin adopter un programme en conséquence.

Cette adaptation à la situation néo-brunswickoise devrait tenir compte des recherches épidémiologiques nécessaires pour identifier les principales causes de mortalité et de morbidité dans la province et les stratégies permettant de les enrayer efficacement; en outre, elle devrait comprendre une méthode d'évaluation de l'efficacité des programmes. L'épidémiologiste de la province devrait s'occuper de cette question en priorité.

Les recommandations

Comme nous l'avons mentionné ci-dessus, nous estimons que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé devrait assumer le rôle de chef de file en ce qui a trait à la promotion de la santé et à l'éducation sanitaire. Par conséquent, **nous recommandons :**

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé mette sur pied un groupe de travail qui aura pour tâches :

- **de réaliser une étude approfondie des recherches actuelles;**
- **d'examiner les programmes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire qui existent actuellement au Nouveau-Brunswick;**
- **de déterminer les améliorations essentielles pour la province à ce chapitre;**
- **de susciter et d'orienter l'action des établissements de santé, des dispensateurs, des éducateurs et des autres groupes provinciaux, communautaires et privés en vue d'améliorer le programme néo-brunswickois de promotion de la santé et d'éducation sanitaire;**
- **de recommander un mécanisme d'orientation permanente du programme.**

[1] Health Care Facilities Role in Improving Health Through Health Promotion, Research and Development Department, Association des hôpitaux du Canada, juillet 1988.

[2] L'honorable Jake Epp, La santé pour tous, novembre 1986.

[3] Conseil du premier ministre de l'Ontario sur la santé - Health Goals for Ontario.

[4] Metropolitan Life Foundation et Louis Harris & Associates, 1988.

Sommaire des recommandations

Chapitre 11
L'amélioration de la structure et de la gestion du réseau de soins de santé

1.
Que l'on réduise le nombre de régions. En particulier, nous estimons qu'il est superflu que les régions 5, 6 et 7 continuent de fonctionner comme trois entités autonomes; celles-ci ne devraient former qu'une seule région et on devrait étudier la possibilité de joindre une partie ou la totalité de la région 7 à la région 1.

2.
Que l'on réévalue les besoins de la province en matière de services d'ambulance et de transport afin de s'assurer que le regroupement des services n'imposera pas un fardeau trop lourd aux personnes vivant à une certaine distance des centres susmentionnés.

3.
Que le Plan directeur des services hospitaliers fasse état des services que chaque hôpital devrait offrir et non de ceux qu'il offre actuellement; en outre, une fois réévalué et adopté, que ce Plan directeur soit obligatoirement suivi.

4.
Que l'on étudie la gamme des services actuellement payés; il semble en effet que la prestation aux frais du gouvernement de certains de ces services soit remise en question notamment en ce qui concerne les services de dépistage relatifs à l'emploi ou aux loisirs.

5.
Que le Programme de développement des services dans le Nord soit maintenu.

Qu'au fur et à mesure de l'amélioration des services dans le Nord, on réévalue les possibilités de service des grands centres de Saint John, Moncton et Fredericton en tenant compte du nombre de services qu;ils offrent présentement aux résidents du Nord en ce qui a trait aux soins non tertiaires.

6.
Que soit créé, sous la présidence du premier ministre, un Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé. Parmi les autres membres de ce Conseil, on devrait compter quatre ministres (y compris le ministre de la Santé et des Services communautaires qui devrait agir à titre de vice-président), des représentants des cinq groupes dispensateurs (médecins, infirmières et infirmiers, gestionnaires des hôpitaux, pharmaciennes et pharmaciens de même que les services de santé communautaire) ainsi que cinq représentants des bénéficiaires parmi lesquels se trouveraient un délégué des travailleurs et un autre des conseils d'administration des hôpitaux.

7.
Que l'on demande au Conseil du premier ministre du Nouveau-Brunswick (en partie modelé sur le Conseil de Ontario),dans le cadre de son mandat :

- de déterminer des objectifs précis en vue de l'amélioration de l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick, et d'établir des priorités et des buts clairs qui puissent être quantifiés, évalués et mis en oeuvre;

- de planifier le développement futur du réseau de soins de santé au Nouveau-Brunswick de sorte à ce qu'il soit en mesure de dispenser des services et de continuer d'offrir des soins de façon permanente, rationnelle et économique;

- d'amorcer de nouvelles approches aux soins de santé qui tiennent compte des différents besoins de la province, qui favorisent chez les particuliers une prise en charge de leur santé, qui entraînent une utilisation rationelle des ressources par les bénéficiaires et les professionnels de la santé et qui renforcent les liens entre le secteur de la santé et les services sociaux connexes;

- de mettre en oeuvre les politiques essentielles à l'amélioration de l'état de santé des résidents du Nouveau-Brunswick, y compris les mesures de promotion de la santé et celles qui ne sont pas traditionnellement du ressort du réseau officiel des soins de santé.

- de faire périodiquement des rapports au gouvernement du Nouveau-Brunswick et de les rendre publics.

8.
Que l'on mette sur pied, dans toute la province, des Comités régionaux de planification en matière de santé, y comprenant les zones qui, en toute logique, forment des sous-ensembles des cinq régions proposées. Ces comités auraient pour tâche de coordonner et de rationaliser les services de soins de santé dans leur région en tenant compte des ressources disponibles et des besoins et d'assurer la permanence des soins dans le cadre des lignes directrices et des limites déterminées par le Conseil du premier ministre et par le ministère de la Santé et des Services communautaires.

9.
Que le Conseil du premier ministre mette sur pied en priorité un groupe de travail qui prendra l'initiative d'élaborer des structures permettant à tous les groupes de dispensateurs de travailler en plus étroite collaboration.

10.
Que les membres des conseils d'administration des hôpitaux et le gouvernement s'engagent à éliminer des lits d'hôpitaux et ne pas en augmenter le nombre (lorsque c'est possible sans porter préjudice à la qualité des soins) afin d'atteindre la rentabilité préconisée par la mise en oeuvre des recommandations du présent rapport.

11.
Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, les Comités régionaux de planification en matière de santé et le ministère de la Santé et des Services communautaires effectuent une évaluation continue de tous les programmes en vigueur relevant de leur compétence ainsi que de tous les nouveaux programmes et des achats de matériel, y compris leur coût annuel prévu.

12.
Que l'on continue d'appliquer la directive qui interdit de financer les déficits des hôpitaux.

Que l'on procède à des rajustements en cours d'année des budgets des hôpitaux touchés lorsque l'on sera en mesure de mettre plus rapidement en oeuvre le Programme de développement des services dans le Nord ainsi que le Plan directeur des services hospitaliers.

13.
Que l'on permette aux hôpitaux de conserver une plus grande part de leurs excédents budgétaires (au moins 50 pour cent) afin qu'ils trouvent avantageux de fonctionner en decà de leur budget.

14.
Que l'on tente de trouver des moyens de communiquer les enveloppes budgétaires aux hôpitaux au début de leur exercice financier.

15.
Que l'on effectue une vérification opérationnelle et une étude du budget de base de chaque hôpital selon un cycle de trois ans.

16.
Que les services tertiaires soient financés indépendamment des autres programmes lorsqu'il sera possible de le faire.

17.
Que lorsque sera atteint l'objectif en termes de nombre de médecins et qu'on aura limité les dépenses du Plan de médicaments sur ordonnance, le gouvernement s'efforce de contenir l'augmentation de ses dépenses annuelles en matière de santé en deça ou au niveau du taux d'inflation. À cette fin, on devrait fixer un taux d'inflation qui tienne compte de la hausse des coûts des ressources consenties aux soins de santé dans la province.

Qu'après avoir contenu les dépenses, on ne procède à la mise en oeuvre d'un nouveau programme ou service intéressant qui nécessite un investissement que si l'on trouve à l'extérieur du réseau les sommes nessaires à son financement.

18.
Qu'une portion déterminée du budget consacré aux services de santé (par exemple 1/4 de 1 pour cent ou 2 225 000 millions de dollars) soit placée dans un Fonds d'innovation géré par le ministère de la Santé et des Services communautaires et destinée à aider les hôpitaux et autres dispensateurs de soins à améliorer l'efficacité de leur programme ou de leurs installations.

Chapitre 12
La recherche sur les services de santé en vue de favoriser l'efficacité de la prise de décisions

19.
Que la Division de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services communautaires s'efforce davantage d'obtenir les résultats des recherches effectuées ailleurs, de les interpréter dans le contexte néo-brunswickois et de diffuser ces résultats.

Que le Nouveau-Brunswick favorise la mise sur pied d'un organisme de recherche sur les services de santé dans les provinces de l'Atlantique ou dans les Maritimes et qu'il le soutienne financièrement.

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires crée un cadre propice à la recherche et à l'évaluation.

Que la responsabilité opérationnelle de la recherche sur les services de santé soit déléguée au directeur administratif de la Division de la planification et de l'évaluation qui verra activement à mettre ce projet en oeuvre et à favoriser l'utilisation des résultats dans tout le Ministère.

Que l'on ajoute un poste au niveau de la direction sein de la Division de la planification et de l'évaluation à l'intention d'une personne possédant une grande compétence en matière de recherche quantitative et méthodologique et que ce poste soit soutenu par des assistants de recherche spécialisés et par la possibilité d'avoir accès aux données nécessaires.

Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, avec l'aide des organismes représentant les dispensateurs, détermine le programme de recherche et le mette périodiquement à jour.

Que les membres du personnel de l'extérieur de la Division de la planification et de l'évaluation qui occupent des postes pertinents ou qui ont une grande compétence dans le domaine de la recherche par exemple l'épidémiologue provincial, participent aux activités de recherche sur les services de santé.

Que le Ministère fasse en sorte que les ressources consacrées à la recherche suffisent à satisfaire les demandes de données provenant des organismes représentant les dispensateurs, le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, les Comités régionaux de planification en matière de santé et les experts-conseils qui réalisent des études pour ces intervenants.

Chapitre 13
La détermination du nombre idéal et de la répartition des médecins

20.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette dès maintenant sur pied un groupe de travail dont le mandat consistera à dresser un plan de la main-d'oeuvre médicale pour la province du Nouveau-Brunswick. Ce plan devrait comprendre les éléments suivants :

1. Les besoins des régions qui n'ont pas suffisamment de médecins.
2. Les besoins en spécialistes de tous les hôpitaux.
3. Le nombre maximum de médecins permis par spécialité et par région.
4. La méthode permanente de révision et de modification des quotas prévus.
5. La méthode de contrôle.

Que l'on permette à la Société médicale du Nouveau-Brunswick de désigner 50 pour cent des membres du groupe de travail.

Chapitre 14
L'amélioration et le développement des services hors-établissement de soins de santé

21.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires favorise la mise sur pied de deux centres de santé communautaires dans le cadre d'un projet-pilote.

Que l'on choisisse les localités où ils seront ouverts en tenant compte de l'accès limité aux omnipraticiens de l'endroit, ou encore des problèmes d'accès que connaissent certains groupes (qu'on parrait peut-être identifier par leur usage intensif de la salle d'urgence d'un hôpital urbain).

Que l'une de ces localités soit une ville du Nord où il y a une pénurie d'omnipraticiens et où se trouve un hôpital communautaire.

Que l'autre localité soit une grande ville du Sud à population dense dont les habitants ne consultent pas un médecin de famille en particulier (par exemple, Saint-John).

Que l'on crée un conseil d'administration communautaire qui sera responsable de la planification, du développement et du fonctionnement de chacun des centres.

Que l'on effectue une évaluation exhaustive des répercussions de ces centres en ce qui concerne :

- l'efficacité des infirmières et infirmiers offrant des services de premier contact aux personnes en quête de soins;

- l'ampleur du soutien de la population;

- le degré de satisfaction des médecins face à la pratique des soins primaires rémunérée à salaire ou à vacation;

- les répercussions des centres sur le recours à l'hospitalisation et aux services externes des hôpitaux;

- les répercussions des centres sur l'utilisation de l'Assurance-maladie et les coûts des soins primaires;

- les modifications des comportements dangereux pour la santé chez la population-cible.

22.
Que le personnel essentiel à temps plein des centres de services de santé soit composé d'infirmières ou d'infirmiers de soins primaires bien formés et expérimentés.

Que l'on détermine l'étendue des services médicaux à être fournis dans ces centres, selon l'évaluation de la charge de travail prévue et que l'on signe des contrats avec des médecins à temps plein ou à temps partiel, payés à salaire ou à vacation.

Que ces centres soient dotés de bons moyens de communication avec les médecins et les services d'urgence qui sont officiellement responsables du soutien de l'infirmière ou de l'infirmier de soins primaires.

23.
Que l'on évalue la rentabilité des centres de services de santé selon les critères qui ont été établis pour les centres de santé communautaires.

24.
Que l'on continue de développer les services à domicile comme solution de rechange à l'hospitalisation, compte tenu du fait que la réalisation de leur pleine rentabilité nécessitera la diminution du nombre de lits d'hôpitaux et de foyers de soins dans certaines localités.

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé, en collaboration avec les Comités locaux de planification en matière de santé, soit responsable du développement des services et des réajustements au nombre de lits des établissements selon les lignes directrices et les limites énoncées au chapitre 11.

25.
Que les bureaux locaux de la Division de la famille et des services sociaux communautaires du ministère de la Santé et des Services communautaires coordonnent les activités de tous les organismes s'occupant de soins communautaires prolongés de sorte à assurer la continuité des soins et à éviter le dédoublement des services.

Que les bureaux locaux deviennent les points d'accès uniques à ces services de sorte à ce qu'ils puissent en effectuer une coordination adéquate.

Qu'en assumant ce rôle, les bureaux locaux oient à l'écoute des avis de leur Comité local de planification en matière de santé.

Que les Comités locaux de planification en matière de santé révisent périodiquement l'efficacité des services de soins communautaires et prolongés de leur région.

26.
Que les admissions à l'Hôpital extra-mural se fassent par l'intermédiaire du même point d'accès unique qui régit les demandes de soins prolongés à domicile,c'est-à-dire la Division de la famille et des services sociaux communautaires.

27.
Que les médecins puissent avoir recours, pour les autres services de soins à domicile, aux mêmes honoraires que pour l'admission de patients et pour les consultations téléphoniques à l'Hôpital extra-mural.

28.
Que les Comités locaux de planification en matière de santé déterminent si l'HEM est l'organisme indiqué pour la prestation des services de soins prolongés à domicile dans les régions ayant des carences à ce niveau et qu'ils décident de l'ampleur du développement des soins aigus dispensés par l'HEM. Si l'on décide de confier à l'HEM le mandat de dispenser des soins prolongés à domicile, on doit s'assurer de ne pas élargir l'éventail de services financés par le gouvernement.

Chapitre 15
Mesures visant à éliminer la surconsommation médicaments et à en réduire les coûts

29.
Que le ministère de la Santé et des services communautaires, par l'entremise du Coité de sélection des produits médicamenteux, accepte l'vis de conformité du gouvernment fédéral comme garantie valable pour ajouter un édicament à la liste des médicaments admissibles du Nouveau-Brunswick.

Qu'en recevant du gouvernment fédéral des renseignments supplémentaires générés par leur programme de garantie de la qualité, le Comité de sélection des produits médicamentaux révise ses déisions en ce qui a trait à l'interchangeabilité.

30.
Que l'on mette en oeuvre un programme d'information exhaustif en vue de renseigner les médecins et la population sur la sécurité et l'efficacité des produits génériques employés en remplacement de médicaments brevetés.

31.
Que la Direction des médicaments sur ordonnance entreprenne des discussions avec les membres du Comité consultatif du programme de médicaments sur ordonnance, du Comité de sélection des produits médicamentaux, du Comité de révision sur l'usage de médicaments et du Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie afin de déterminer le rôle de chacun de ces organismes en ce qui concerne la cueillette de données scientifiques sur les indications des médicaments sur ordonnance, la diffusion de protocoles de traitement à l'intention des médecins et l'étude ainsi que la correction des mauvaises pratiques en matière de prescription d'ordonnances.

32.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un groupe de travail qui aura pour tâche de choisir et de mettre en oeuvre les systèmes d'information les plus pertinents compte tenu de la situation du Nouveau-Brunswick et qui se penchera en premier lieu sur le Plan de médicaments sur ordonnance.

33.
Que l'on impose une limite d'approvisionnement d'un mois en ce qui a trait aux médicaments sur ordonnance prescrits dans le cadre des programmes provinciaux.

34.
Que l'on révise la directive actuelle selon laquelle les nouveaux produits dont la vente est permise au Canada sont automatiquement couverts et que l'on adopte une directive forçant les fabricants à présenter une demande d'ajout de leurs médicaments à la liste provinciale des produits admissibles.

35.
Que la Direction des médicaments sur ordonnance étudie les avantages apparents des solutions de rechange à la méthode du coût réel d'achat pour les remboursements versés aux pharmacies et qu'elle se penche en particulier sur la méthode du moindre prix courant.

36.
Que l'on renseigne les médecins sur les prix des médicaments inclus dans la liste des produits couverts.

37.
Que les bénéficiaires des programmes de médicaments sur ordonnance ne soient couverts qu'à la valeur des produits interchangeables les moins chers, exception faite des patients qui suivent déjà une thérapie.

38.
Que les bénéficiaires des programmes de médicaments sur ordonnance assument une part des coûts des médicaments grâce à une contribution établie selon un pourcentage décroissant, calculée de sorte à ce qu'elle représente la même proportion des coûts totaux qu'à l'heure actuelle, et que l'on conserve le plafond annuel de 120 $ auquel sont assujettis les bénéficiaires de l'aide au revenu.

Chapitre 16
Mesures en vue d'éliminer l'utilisation excessive des installations hospitalières et des services des médecins

39.
Que l'on mette sur pied un groupe de travail composé de représentants du ministère de la Santé et des Services communautaires, de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, de la Société médicale du Nouveau-Brunswick et de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick, en vue de mettre en oeuvre, dans tous les hôpitaux de la province, un système exhaustif de gestion de l'utilisation à l'aide des modèles que contiennent le rapport de Medicus Canada et le

Guide de l'Ontario. Si on le juge nécessaire, ce groupe de travail pourrait être placé sous l'égide du Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé.

40.
Que le groupe de travail susmentionné prenne les mesures nécessaires à la mise en oeuvre des Directives sur le SIG dans tous les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

41.
Que le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick s'occupe de mettre sur pied un Comité d'élaboration de lignes directrices sur la pratique médicale qui conseillera le ministère de la Santé et des Services communautaires.

42.
Que l'on étudie de facon approfondie d'autres méthodes de traitement visant à réduire l'occupation des lits d'hôpitaux.

43.
Que l'on élabore des mesures incitatives d'ordre financier et autres à l'intention des médecins en vue d'augmenter le nombre de traitements prodigués dans les cabinets de médecin ou à titre de services ambulatoires.

44.
Que l'on mette sur pied un programme d'information exhaustif en vue de renseigner les médecins et la population sur le coût des actes diagnostiques et des traitements, ainsi que sur les soins offerts par les services communautaires et la possibilité d'y avoir recours et d'éviter ainsi l'utilisation d'installations coûteuses lorsque cela n'est pas nécessaire.

45.
Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé mette sur pied un groupe de travail pour déterminer le nombre requis et la répartition idéale des lits d'hôpitaux dans la province et formuler des recommandations à ce sujet, en tenant compte des répercussions de l'utilisation accrue des services communautaires.

46.
Que le processus de vérification opérationnelle et de revue de la base budgétaire des hôpitaux comprenne l'examen de l'efficacité des mesures de gestion de l'utilisation et que l'on améliore l'aspect de l'évaluation du rendement opérationnel.

Que des tierces parties, comme des services d'experts-conseils en santé ou de nouveaux employés du Bureau du vérificateur général, participent à ce programme ou même en prennent la direction.

Chapitre 17
L'amélioration de la structure et du fonctionnement des hôpitaux

47.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires collabore avec l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, l'Association des infirmières et infir-

miers du Nouveau-Brunswick et l'Association des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés du Nouveau-Brunswick en vue de financer des recherches indépendantes sur l'élaboration de modèles rentables de soins infirmiers dans différents contextes hospitaliers, y compris l'Hôpital extra-mural.

Que les cadres supérieurs et les gestionnaires des soins infirmiers de chaque hôpital réévaluent la composition actuelle de leur personnel infirmier afin de s'assurer que celle-ci satisfasse économiquement les besoins en matière de soins aux malades.

Que le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Formation effectue une révision exhaustive du programme de formation des infirmières et infirmiers auxiliaires afin de s'assurer que les connaissances et les aptitudes des diplômés correspondent aux exigences des employeurs.

48.
Que les hôpitaux, les médecins, les infirmières et infirmiers étudient et négocient, sous la direction de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, la délégation des tâches des médecins aux infirmières et infirmiers, à l'échelon provincial et dans chaque hôpital, de sorte à formaliser et à accroître les possibilités d'interventions de la part des infirmières et infirmiers.

49.
Que l'on devance l'échéancier proposé par le Comité consultatif sur les ressources infirmières en ce qui concerne l'étude et la mise en oeuvre des méthodes d'évaluation des charges de travail des infirmières et infirmiers. Tous les hôpitaux devront se servir de ces méthodes le plus tôt possible.

Que l'on étudie de façon plus approfondie l'élaboration de critères sur les charges de travail et sur l'évaluation du rendement du personnel non infirmier dans les hôpitaux.

50.
Que l'on reconnaisse que les services de pastorale sont un élément légitime des budgets et de la dotation en personnel des hôpitaux.

51.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires mette sur pied un groupe de travail qui identifiera les possibilités d'utilisation rentable de la technologie des communications et qui rédigera un plan de mise en oeuvre dans les hôpitaux du Nouveau-Brunswick.

Que ce groupe de travail soit composé de représentants de l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et de la Société médicale du Nouveau-Brunswick ainsi que de conseillers de l'extérieur qui sont experts de la technologie des communications dans le domaine des services de santé.

52.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires donne son appui à l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick dans la recherche d'autres possibilités en matière d'achats en groupe et de normalisation des produits utilisés dans les hôpitaux.

53.
Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé prenne l'initiative de mettre en oeuvre une approche de dimension provinciale en vue de l'application des nouvelles technologies et ce en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services communautaires, l'Institute of Bio-Medical Engineering de l'Université du Nouveau-Brunswick, l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick.

Que l'on n'utilise aucune nouvelle technologie à moins d'avoir prouvé qu'elle répond à un besoin et qu'elle est le plus possible rentable.

54.
Que l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick mette sur pied un groupe de travail, avec la participation du personnel des services régionaux de génie clinique et du ministère de la Santé et des Services communautaires, en vue de déterminer la façon de bénéficier davantage des services de génie clinique.

55.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires entreprenne une étude des possibilités rentables de regrouper les services de laboratoires médicaux tout en conservant des critères élevés de qualité et de rapidité en ce qui concerne la disponibilité des résultats.

56.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, en collaboration avec l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick et le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick, élabore des lignes directrices à l'intention des hôpitaux régionaux et de leurs spécialistes en vue de fournir des services de consultation aux médecins de soins primaires et aux hôpitaux locaux et de district de la région.

57.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires, l'Association des hôpitaux du Nouveau-Brunswick, le Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick et la Société médicale du Nouveau-Brunswick élaborent conjointement des structures et des méthodes de compensation de l'activité gestionnaire des médecins, afin de permettre à ces derniers de prendre davantage part à la gestion des trois niveaux de services hospitaliers (régionaux, de district et communautaires).

58.
Qu'on incite les hôpitaux à mettre en oeuvre des activités lucratives par l'utilisation d'espaces vacants, et qu'on leur permette de conserver 50 pour cent de ces recettes.

Chapitre 18
Mesures de réduction des coûts de l'Assurance-maladie

59.
Que l'on conserve le mécanisme de facturation à l'acte, mais que l'on donne davantage d'occasions aux médecins qui souhaitent le faire d'offrir des soins primaires

tout en étant payés à salaire ou à vacation, comme nous l'avons recommandé au chapitre 14.

60.
Que le ministère de la Santé et des Services communautaires et la Société médicale du Nouveau-Brunswick mettent conjointement en oeuvre une étude des schémas d'utilisation, y compris des habitudes en matière de prescription d'ordonnances, à l'aide des données recueillies par suite des recommandations formulées au chapitre 12.

Que le Comité de revue professionnelle de l'Assurance-maladie et le Comité de révision sur l'usage des médicaments élargissent leur champ d'action de sorte à élaborer et à mettre en oeuvre des mesures visant à restreindre, par l'entremise d'un mécanisme de r'evision par les pairs, la mauvaise utilisation des services.

Que l'on discute des données relatives à l'utilisation au cours des négociations de contrats par à l'Assurance-maladie.

Chapitre 19
Les relations avec les autres gouvernements

61.
Que l'on améliore la collaboration entre les provinces dans les domaines suivants :

- La prise de décisions quant à la nature et à l'emplacement des services tertiaires.
- La formation des ressources humaines et la planification dans ce domaine.
- La recherche sur les services de santé.
- L'officialisation des ententes conclues entre le Nouveau-Brunswick et les facultés de médecine.

62.
Que le Nouveau-Brunswick prenne part à la mise sur pied d'une tribune d'échanges de données et d'idées sur les services de santé regroupant les provinces dans un contexte dénué d'intervention gouvernementale.

Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé s'occupe de la participation de la province à cette tribune.

63.
Que l'on étudie la possibilité de proposer :

- Une étude financée par le fédéral en vue d'examiner les incidences d'un vaste éventail de politiques sur l'état de santé collectif, d'améliorer la rentabilité des investissements dans le domaine de la santé et d'expliquer à la population la nécessité de restreindre les coûts des services de santé.

- Une contribution financière du fédéral au Fonds d'innovation décrit au chapitre 11.

- Une contribution financière du fédéral à des activités non reliées à la santé mais qui sont plus rentables en termes d'amélioration de la santé publique que les dé-

penses consacrées à la maladie et aux blessures; ces activités toucheraient, par exemple, la santé en milieu de travail et l'amélioration de l'environnement.

- Si l'on estime que les niveaux actuels de péréquation sont acceptables en période de croissance économique, ils devraient être assortis de contributions accrues lorsque le PNB est stagnant ou lorsqu'il enregistre une croissance modeste.

Chapitre 20
La promotion de la santé et l'éducation sanitaire

64.
Que le Conseil du premier ministre sur la stratégie en matière de santé mette sur pied un groupe de travail qui aura pour tâches :

- de réaliser une étude approfondie des recherches actuelles;
- d'examiner les programmes de promotion de la santé et d'éducation sanitaire qui existent actuellement au Nouveau-Brunswick;
- de déterminer les améliorations essentielles pour la province à ce chapitre;
- de susciter et d'orienter l'action des établissements de santé, des dispensateurs, des éducateurs et des autres groupes provinciaux, communautaires et privés en vue d'améliorer le programme néo-brunswickois de promotion de la santé et d'éducation sanitaire;
- de recommander un mécanisme d'orientation permanente du programme.

Annexe «A»

Mémoires

A. Kathleen Donahue
Advisory Council on the Status of Women
Andrew P. Aalund
Association of New Brunswick Registered Nursing Assistants
Blue Cross of Atlantic Canada
Canadian Mental Health Association of New Brunswick
Canadian Rehabilitation Council for the Disabled - New Brunswick Branch
Canadian Cancer Society
Claude Roussel
Donald F. Everett
Dr. Everett Chalmers Hospital
Faculty of Nursing University of New Brunswick
Foyer Sainte-Antoine
G. G. Ferguson
Guy LeBlanc
Hampton Medical Group
Health Management Services
J. Edgar Lagace
J. O. Sundin, Professional Corporation,
General Surgeons
John McQuinn, M.D.
John DeVona
La Societe des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick
Lloyd D. Secord
May Pedersen
Meditables Inc.
Nashwaaksis Medical Clinic
New Brunswick Hospital Association
New Brunswick Division Canadian Association of Medical Radiation Technologists
New Brunswick Medical Society
New Brunswick Federation of Labour
New Brunswick Denturists Society Inc.
New Brunswick Nurses Union
New Brunswick Senior Citizen's Federation Inc.
New Brunswick Society of Laboratory Technologists
New Brunswick Society of Clinical Chemists
New Brunswick Association of Optometrists
New Brunswick Association of Nursing Homes Inc.
New Brunswick Pharmacists' Association
New Brunswick Extra-Mural Hospital
Nurses Association of New Brunswick
Paul Dean
PCS Canada Inc.
People Care Inc.

Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada
Premier's Council on the Status of Disabled Persons
R. E. Tweeddale, P. Eng.
R. L. Smith
Regional Clinical Engineering Services
Restigouche Hospital Center
Saint John Ambulance
Saint John Regional Hospital
Shoppers Drug Mart
St. Joseph's Hospital
Stephen Weyman, M.D.
The New Brunswick Chiropractic Association
The Carleton Memorial Hospital
The Canadian Drug Manufacturers Association
The Moncton Hospital
Thomas Barry, M.D. and Carolyn Barry, M.D.
UpJohn Health Care Services
Victorian Order of Nurses, Saint John
Victorian Order of Nurses, New Brunswick Inc.
Violette Benhamed, Jeanne Comeau, Hilda Comeau

Présentations verbales

Andrew Aalund
Association of New Brunswick Registered Nursing Assistants
Blue Cross of Atlantic Canada
Canadian Cancer Society
Chaleur Regional Hospital
Dr. Everett Chalmers Hospital
Emery Fanjoy - Council of Maritime Premiers Secretariat
Faculty of Nursing University of New Brunswick
Ginette Gagne Koch, M.D - The Moncton Hospital
Health Management Services
J. O. Sundin, M.D, Professional Corporation, General Surgeons
Kenneth Michalko, M.D., Acting Chief, Division of Biopharmaceutic Evaluation, Health and Welfare Canada
La Societe des Acadiens et Acadiennes du Nouveau-Brunswick
May Pedersen
Meditables Inc.
New Brunswick Federation of Labour
New Brunswick Nurses Union
New Brunswick Medical Society
New Brunswick Hospital Association
New Brunswick Pharmacists' Association
New Brunswick Senior Citizen's Federation Inc.
New Brunswick Extra-Mural Hospital
Nurses Association of New Brunswick
PCS Canada Inc.

Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada
Regional Clinical Engineering Services
Restigouche Hospital Center
Saint John Regional Hospital
Saint Joseph Hospital
Shoppers Drug Mart
The Canadian Drug Manufacturers Association
The Moncton Hospital
UpJohn Health Care Services
Victorian Order of Nurse, Saint John
Victorian Order of Nurses, New Brunswick Inc.

Annexe «B»

Bibliography: Selected References

Adams, Orville. *Hospital Without Walls: Is New Brunswick's Extra-Mural Hospital the Way of the Future?*. New Brunswick, 1985.

Angell, Marcia., M.D. *Cost Containment and the Physician*. New England Journal of Medecine, September 1985.

Angus, Douglas E. and Manga, Pran and Tregunna, Kathryn, *Health Status Indicators and Demographic Trends for Nova Scotia*. Nova Scotia, 1989.

Angus, Douglas E. and Manga, Pran and Tregunna, Kathryn *Interprovincial Comparisons of Health Care Expenditures*. Nova Scotia, 1989.

Applied Management Consultants, *A Review of Ambulance Services in New Brunswick*. Applied Management Consultants. Fredericton, 1988.

Ball, Ted. *Developing More Appropriate Ways to Transform the Health Care System*. 1988.

Barer, Evans et al. *Impact of Aging on Health Care Costs*. Policy, Communications and Informations Branch, Health and Welfare Canada. May 1984.

Burrows, Alan R., with assistance of Jean Ochrym. *Controlling Costs of Drugs, and of Medical and Technical Aids". The Canadian Approach*. Paper prepared for the International Symposium 1988:" Controlling Costs While Maintaining Health: - The Experience of Canada, the U.S. and the F.R. of Germany With Alternative Cost-Containment Strategies". Bonn, F.R.G. June 1988.

Canadian College of Health Service Executives. *Health Care Management Forum*. Canadian College of Health Service Executives. Summer 1989

Canadian Comprehensive Auditing Foundation. *Accountability and Information for Cost-Effectiveness*. 1987.

Canadian Hospital Association. *Health Care Facilities' Role in Improving Health Through Health Promotion: Report of the National Focus Group on Health Promotion in Health Care Facilities*. Canadian Hospital Association. July 1988.

Canadian Medical Association., *Health - A Need for Redirection - A Task Force on Allocation of Health Care Resources*. Canadian Medical Association. 1985.

Canadian Medical Association. *Hospital Management: It needs doctors, doctors need it*. Canadian Medical Association. May 1989.

Recruiting family physicians to underserviced areas. *Canadian Medical Associatian Journal*. April 1989.

Carlow, Donald R. and Area, Patricia, *Physician Impact Analysis: An Imperative for the Modern Hospital.* 1988

Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, *Policy Workshop Report.* Ontario. McMaster University. 1986.

Contandriopoulos, Andre-Pierre. *Perspective Budgeting of Hospital Costs and Related Measures: The Evidence From the Canadian Provinces.* Paper prepared for the International Symposium 1988:" Controlling Costs While Maintaining Health-The Experience of Canada, the U.S. and the F.R. of Germany With Alternative Cost-Containment Strategies" Bonn, F.R.G. 1988.

Controlling Health Expenditures- The Canadian Reality. *New England Journal of Medicine.* V320, No. 9.

Damude, Earl. *Ontario Minister says cost increases must stop.* Hospital Products and Technology. Ontario, December 1988.

Davis Flood, Sandra and Diers, Donna. *Nurse Staffing, Patient Outcome and Cost.* Nursing Management. May 1988.

Epp, Jake Hon. *Achieving Health For All: A Framework for Health Promotion.* Ottawa, 1986.

Evans, R. G., Health Policy Research Unit, Division of Health Services Research and Development, University of British Columbia. *Squaring the Circle: Reconciling Fee-For-Service with Global Expenditures Control.* University of British Columbia. Vancouver, August 1988.

Evans, R. G., Health Policy Unit, Division of Health Services Research and Development, University of British Columbia, *Reading the Menu with Better Glasses: Aging and Health Policy Research.* University of British Columbia. Vancouver, April 1988.

Evans, R. G. and Stoddart, Greg L. *Medicare at Maturity, Achievements, Lessons and Challenges.* Calgary, 1986.

Evans, R. G. *Tension, Compression, and Shear - Directions, Stresses, and Outcomes of Health CareCostControl.* International Symposium 1988: "Controlling Costs While Maintaining Health-The Experience of Canada, the U.S. and F.R. of Germany with Alternative Cost-Containment Strategies", Bonn. F.R.G. June, 1988.

Evans, R. G., *Health Care in Canada - Patterns of funding and regulation.* British Columbia.

Ferguson, Dr. Gordon. *Extra-Mural, New Brunswick's Other Hospital.* New Brunswick. January 1989.

Ferguson, Dr. Gordon. *Evaluation of User Satisfaction.* New Brunswick. September 1988

Ferguson, Dr. Gordon. "The New Brunswick Extra-Mural Hospital: A Canadian Hospital at Home". *Journal of Public Health Policy.* 1987.

Ferguson, Dr. Gordon. *Caring is Active.* Presentation to National Forum on Long Term Care. November 1987.

Forum: Challenges of the '80s and '90s. *Health Management Forum.* 1987.

Gerontology Research Council of Ontario. *Medication Use in the Elderly.* National Conference. Ontario, December 1987.

Gormley, Michael. *Preliminary Estimates of Utilization of Physician and Hospital Services- 1981/82 and 1986/87.* Vancouver, July 1989.

Government of Newfoundland and Labrador. *Report of the Royal Commission on Hospital and Nursing Home Costs.* Newfoundland, February 1984.

Griffith, Frederick H.. Ontario. *The Ethical Challenge of Resource Allocation.* "The First Annual Containing the Costs of Health Care in Ontario Conference, The Sault Ste-Marie H.S.O. - Steel Worker Health Service Organization". Ontario, 1987.

Hope, Rowland. *Are We Getting a Good Bang for our Health Care Buck?.* May 1988.

Horne, John. *Factors Contributing to Cost Utilization Growth in Health care.* University of Manitoba, Winnipeg, July, 1989.

Institute For Health Care Facilities of the Future. *A View of the Horizon.* Institute for Health Care Facilities of the Future. Ottawa, 1988.

Kenny, S.R. and Haazen, D.S. *Controlling Costs While Maintaining Health Physician Services in Canada.* Paper prepared for the International Symposium: "Controlling Costs While Maintaining Health: The Experience of Canada, the U.S. and the F.R. of Germany With Alternative Cost-Containment Strategies". Bonn, F.R.G. June 1988.

Klicius, R., and Sawyer, E.. Publications., *Balancing Quality and Cost: a Public Decision-Making Process.* Canadian Hospital Association. Ottawa. June 1986.

Kramon, Glenn. "Taking a Scalpel to Health Costs". *The New York Times.* New York. February 1989.

Kushner, Carole, and Rashlis, Michael, M.D. *Second Opinion. "What's Wrong with Canada's Health Care System and How to Fix it".* Toronto, 1989.

Lexchin, Joel. "Pushing Pills: Who's to Blame for so Much Poor Prescribing?". *Globe and Mail.* Toronto, December 1988.

Lomas, Jonathan and Fooks, Catherine and Rice, Thomas and Labelle, Roberta J. *Minding our Ps and Qs: Simultaneous Control of Price and Quantity of Physician Services in Canada*. Ontario, 1989.

MacPherson, Leslie and Terman, Barristers & Solicitors, *Saskatchewan Court of Appeal decision regarding physician fee negotiations*. Saskatchewan, November 1988.

Manitoba Health Services Commission. *Report of the Health Services Review Committee. Volume I: Summary and Recommendations*. Manitoba Health Services Commission. Manitoba, November 1985.

McCutcheon, Dr. David J. "Impact analysis reduces the guesswork in budgeting". *Dimensions*. November 1988.

Morone, James A. *Old Politics, New Problems: The Effect of Cost Containment Policies on the Cost of Ambulatory and Medical Care in the United States*. June 1988.

Mustard, Fraser J. *Canada's Future Health Care Programs - Options for Change*. Winnipeg, May 1986.

Mustard, Fraser J. *The Health of Populations and the Program in Population Health*. The Canadian Institute of Advanced Research.

National Health Research and Development Program. *Designating the Role of a Hospital: Whose Responsibility?*. Toronto, 1988.

New Brunswick Hospital Bed Guidelines Review Committee. *Final Report to the Minister of Health and Community Services*. Department of Health and Community Services, Province of New Brunswick. January 1989.

New Brunswick Extra-Mural Hospital. *Relationship with Active Treatment Hospitals*. Presentation to Ontario Hospital Association. New Brunswick. November 1987.

New Brunswick Extra-Mural Hospital - *Seventh Annual Report*, New Brunswick Extra-Mural Hospital. Frederciton, 1988.

New Brunswick Nurses Resources Advisory Committee. Action Plan on Quality of Worklife Issues of Nurses in New Brunswick. September, 1988.

Nova Scotia Association of Health Organizations. *Submission to the Nova Scotia Royal Commission on Health Care, "A Preferred Future*. Nova Scotia Association of Health Organizations. Nova Scotia, 1988.

O'Brien-Bell, Dr. John. *Notes from an address given to the 135th Annual Meeting of the Medical Society of Nova Scotia*. Nova Scotia, November 1988.

Ontario Hospital Association and Ontario Medical Association and Ontario Ministry of Health and The Hospital Medical Records Institute. *Guide for Hospital Utilization Review and Management in Ontario.* Ontario.

Ontario Hospital Association. *Preliminary Submission to the Pharmaceutical Inquiry of Ontario.* Ontario Hospital Association. Ontario, October 1988.

Ontario Hospital Association. *New Directions in Hospital Reimbursement. Ontario Hospital Association. Ontario,* January 1989.

Ontario Ministry of Health. *Deciding the Future of Our Health Care System.* Ontario Ministry of Health. Ontario, 1989.

Ontario Ministry of Health. *Ontario's Health Care System and District Health Councils.* Ontario Ministry of Health. Ontario, October 1987.

Ontario Ministry of Health. *Report of the Conjoint Review Committee on 23 Hospital Operational Reviews.* Ontario Ministry of Health. Ontario, 1988.

Ontario Premier's Council on Health Strategy. *Health Innovation Fund.* Ontario Premiers Council on Health Strategy. Ontario, 1987.

Ontario Ministry of Health. *Health Ministry Tables Report on Health Professions Legislation Review.* News Release. Toronto, January 1989.

Ontario Premier's Council on Health Strategy. *A Vision on Health, Health Goals for Ontario.* Ontario Premier's Council on Health Strategy. Ontario, 1989.

Ontario Premier's Council on Health Strategy. *From Vision to Action, Report of the Health Care System Committee.* Ontario Premier's Council on Health Strategy. Ontario, 1989.

Premier Grant Devine's Statement on Health Care. *Interprovincial First Ministers' Conference.* August 1987.

Premiers Commission on Future Health Care for Albertans. *What You've Said.* Newsletter Special Edition. Premier's Commission on Future Health Care for Albertans. Edmonton, 1989.

Premiers Commission on Future Health Care for Albertans. *Interim Report, Caring and Commitment.* Premier's Commission on Future Health Care for Albertans. Edmonton, 1988.

Price Waterhouse. *Community Services Study.* Price Waterhouse. Ontario, 1989

Province of New Brunswick, Department of Health, Insured Services Division, Hospital Services. *Hospital Services Plan Incentive Program.* Province of New Brunswick. January, 1985.

Province of New Brunswick. *Main Estimates, 1989-90.* Province of New Brunswick. 1989.

Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. *Discussion Paper on Ambulance Services* Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. Fredericton.

Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. *Air Ambulance Service - A Background Report.* Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. Fredericton, August 1988.

Province of New Brunswick. *Report of the Task Force on New Brunswick Health Care.* Province of New Brunswick. Fredericton, January 1978.

Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. *Approved Hospitals (New Brunswick) Annual Report of Financial Services For the Fiscal Year Ending March 31, 1988.* Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. Fredericton, 1988.

Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. *Overview of Operational Audit/Base Budget Review System.* Province of New Brunswick, Department of Health and Community Services. Fredericton, February 1988.

Province of Newfoundland. *Executive Summary of the Royal Commission on Hospital and Nursing Home Costs.* Province of Newfoundland. 1984.

Province of Prince Edward Island Medical Personnel Advisory Committee. *Medical Personnel Report.* Province of Prince Edward Island Medical Personnel Advisory Committee. Prince Edward Island, 1988.

Province of Saskatchewan and the Saskatchewan Medical Association. *Decision of the Chairman. October 1987.*

Reilly, Wayne. "Many Maine Hospitals Suffer From Severe Financial Anaemia". Bangor Daily News. Bangor, December 1988.

Report of the Ontario Health Review Panel. *Toward a Shared Direction for Health in Ontario.* Ontario Health Review Panel. Ontario, June 1987.

Roper, William L., M.D. and George J. Schieber, Ph.D., *Controlling Physician Expenditures: A Comparative Analysis in Frustration?.* June 1988.

Saskatchewan Department of Health. *Future Directions for Health Care Services.* Saskatchewan Department of Health. Toronto, November, 1987.

Secretaries of State for Health, Wales, Northern Ireland and Scotland by Command of Her Majesty. *Working for Patients,* England, 1989.

Shapiro, Evelyn,. *Address to the Federal/Provincial/Territorial Committee on Continuing Care,* September 1988.

Shapiro, Evelyn, and Tate, Robert. *Who Is Really at Risk of Institutionalization.* November 1988.

The Insurers' Big Push for Home Health Care. *Business Week*. May 1984.

Squires, B.P. Is a second opinion any better? *Canadian Medical Association Journal*. April 15, 1989.

Statistics Canada, Health Division, Health Care Section. *Hospital Statistics Preliminary Annual Report*. Statistics Canada. Ottawa, 1988.

Steinwald, Bruce and Price, Kurt F., "DRGs and Health Care Cost Containment in the U.S.", paper prepared for the International Symposium 1988: "Controlling Costs While Maintaining Health: -The Experience of Canada, the U.S. and the F. R. of Germany with Alternative Cost-Containment Strategies", Bonn, F.R.G. June 1988.

Stevenson Kellog Ernst and Whinney. *Funding and Incentives Study*. Stevenson Kellog Ernst and Whinney. Ontario, 1989

Sutherland, Ralph, and Fulton, Jane. *Health Care in Canada, A Description and Analysis of Canadian Health Services*. Ottawa, 1988.

Suttie, Boyd and Helliwell, Barbara and Villemure, Diane. *Some Aspects of Utilization Management in Twenty Ontario Hospitals*. March 1988.

Taylor, Malcolm G. *Health Insurance and Canadian Public Policy*. Montreal, 1978.

The Nova Scotia Royal Commission on Health Care Issues and Concerns. *Summary of Public Hearings and Submissions* The Nova Scotia Royal Commission on Health Care Issues and Concerns. Halifax, 1988.

The Premier's Commission on Future Health Care for Albertans, *Our Mission-Draft-for Discussion*. The Premier's Commission on Future Health Care for Albertans. Alberta, September 1988.

The Coopers & Lybrand Consulting Group. *Looking to the Future: A Report on Health Care Trends in Ontario*. The Coopers & Lybrand Consulting Group. 1988.

The Canadian Institute for Advanced Research. *The Health of Populations and The Program in Population Health*. The Canadian Institute for Advanced Research. January 1989.

Thompson, Coty. *Hospital Capital Funding in Canada*. Toronto, November/ December 1988.

University of British Columbia, Health Policy Research Unit, Office of the Coordinator of Health Sciences, The John F. McCreary Health Sciences Centre. *Squaring The Circle: Reconciling Fee-For-Service With Global Expenditure Control* Vancouver. August, 1988.

Walker, Michael. *B.C. Economist Urges User Fees for Surgery*. Vancouver, November 1988.

Wilson, Jane. "Civic Chops 60 Beds to Save Money". *The Ottawa Citizen*. December 1988.

Woods Gordon. *RN Utilization in Ontario*. Woods Gordon. Ontario, 1985

Zilm, Duane H. *An Evaluation of Regional Clinical Engineering Programs in the Province of New Brunswick*. Kelowna, 1985.